Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—4½ Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 21. 23. Mai 1899. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 46. Jahrgang.

Originalien.

Aus den geburtshilflich-gynäkologischen Abtheilungen in Klagenfurt.

Beurtheilung der Wochenbettverhältnisse nach der Pulsfrequenz.

Darstellungsversuch von Prof. Dr. *Torggler*.

«Auf alle Störungen im Wochenbett, schwere wie leichte, antwortet am frühesten der Puls wie eine empfindliche Quecksilbersäule. Seine Schwankungen verlangen daher eine noch grössere Beachtung als die Temperatur», schrieb Leopold [1] vor bereits mehr als 4 Jahren und trotzdem wird die Wochenbettstatistik in der Regel noch immer nach der Körperwärme allein verfasst.

Im Nachstehenden wollen wir versuchen, die Morbidität im Puerperium ausschliesslich nach den Pulscurven zu beurtheilen. Dabei müssen wir vorerst betonen, dass die in Anwendung kommenden Pulscurven auf verlässlichen Zählungen beruhen. Die Pflegerin oder diensthabende Schülerin schreibt Temperatur und Pulszahl auf der Kopftafel auf, der dienstmachende Arzt zählt jeden Puls nach; von ihm werden dann erst die so gesicherten Resultate in das Journal eingetragen. Vorgenommen werden die Pulszählungen zwischen 7 und 8 Uhr Früh, resp. zwischen 3 und 4 Uhr Nachmittag.

Als Material verwendeten wir 286 fortlaufende Geburten des Jahres 1897, ohne jedwelche Auswahl. Schwierig gestaltet sich, aus der Frequenz der Pulsschläge den Verlauf der Wochenbette einzutheilen. Hat es schon längere Zeit gedauert, bis es gelungen ist, eine Gleichmässigkeit in der Eintheilung des Puerperium nach der Temperaturhöhe durchzuführen — heute wird wohl allgemein 38,0° C. als Grenze zwischen normalem und fieberhaftem Wochenbette angenommen, während vor Kurzem noch 37,5, 38,2, 38,4 ja 38,5° C. zu Grunde gelegt wurden — so dürfte bezüglich der Pulsfrequenz noch schwerer sein, eine Grenzzahl aufzustellen. Die Autoren der letzten Jahre geben differirende Zahlen für das physiologische Wochenbett an und ist Duncan's [2] Meinung, dass die Angaben über die Pulsfrequenz in den Lehrbüchern zu wenig exact seien, wohl richtig. Nach Schauta [3], Olshausen [4], v. Winckel [5], Fehling [6] und Eg. Braun [7] beträgt die Pulszahl im normalen Puerperium bei 60 bis 63 Proc. der Wöchnerinnen 60 und weniger Schläge in der Minute; Ahlfeld [8] und Schroeder [9] finden den Puls im regelrechten Verlaufe des Wochenbettes um 60 oder 70 herum; Zweifel [10] gibt die normale Pulsfrequenz im Puerperium als zwischen 72 und 88 Schlägen schwankend in einer Minute an; nach Leopold [11] gehört einer ganz normalen Wöchnerin eine Curve, deren Puls sich um 60—80 Schläge bewegt, zu. Probyn-Williams und Leonard-Cutler [12] fanden in 100 Fällen die durchschnittliche Pulsfrequenz niemals unter 72 und auch Hemey [13] konnte einen Puls von 60 oder weniger nur in 16,2 Proc. nachweisen. v. Rosthorn [14] hingegen betrachtet einen Puls von 90 Schlägen als sicher zu hoch und abnorm. Auch aus den Verhältnisszahlen zwischen Pulsschlägen und Körperwärmegraden lässt sich keine allgemein anerkannte Grenzziffer aufstellen, da die wenigen von uns auffindbaren Angaben der Kliniker zu verschieden lauten: Darnach entspricht z. B. einer Temperatur von 37,5° C. bei Fehling [15] ein Puls von 72 Schlägen, bei Ahlfeld [16] von 82, bei Schultze [17] von 100, bei Leopold [18] und v. Rosthorn [19] gar schon von 110, während andererseits nach Fehling [20] 83, nach Ahlfeld [21] 88 Pulsschläge einer Körperwärme von 37,9° entsprechen.

Trotz der Differenz in diesen Angaben glauben wir doch unter Berücksichtigung derselben nicht fehl zu gehen, wenn wir mehr als 80 Schläge in einer Minute als abnorm, als zu hohe Frequenz annehmen; nun können wir auch bei einer Pulszahl von über 80, ebenso wie von manchen Klinikern bei einer Temperatursteigerung über 38° die Puerperien eintheilen in subfebrile und febrile und zählen zu letzteren alle jene Fälle, in denen die Frequenz einmal während der 9 im Bette zugebrachten Tage die Zahl 100 überschreitet. Im physiologischen Wochenbette werden wir weiter unterscheiden, ob die Pulszahl 60 übersteigt oder noch kleiner ist und bezeichnen letztere als subnormal; es würde dies nach Riegel [22] der Bradykardie entsprechen. Ueber die ersten 9 Wochenbettstage gehen wir bei unserer Zusammenstellung nicht hinaus, weil uns die Erfahrung lehrt, dass, wenn die Wöchnerin das Bett verlässt, die Pulsfrequenz beinahe immer mehr weniger in die Höhe schnellt, ohne dass irgend eine Erkrankung nachweisbar wäre.

Unsere 286 Pulscurven würden sich nach obigem Eintheilungsprincip folgendermaassen vertheilen:

		Fälle		Procent	
subnormal (unter 60)	normal	39	179	13,7	62,6
ganz normal (61—80)		140		48,9	
subfebril (81—100)	febril	81	107	28,3	37,4
stark febril (über 100)		26		9,1	

Um diese Gruppen beurtheilen zu können, wollen wir hier die Salubritätsverhältnisse des gleichen Jahres, dem vorliegende Pulszählungen entnommen sind (1897), nach den usuellen Temperaturcurven kurz angeben.

Die allgemeine Morbidität (puerperale Infection mitgezählt) betrug 8,7 Proc. (inclusive 2 Todesfälle); unter diesen befanden sich 10 nicht puerperalen Ursprunges, so dass auf puerperalen Ursprung — 1 Todesfall mit einbezogen — 5,3 Proc. entfallen. Bezüglich der Schwere der puerperalen Erkrankung liess sich nachweisen:

Leichte Fälle (immer eintägige Temperatursteigerung)		6
schwere	lebend entlassen	9
	gestorben	1

Nach der Körperwärmemessung verfügten wir über 91,3 Proc. fieberloser Wochenbette, hingegen nach den Pulsschlägen nur über 62,6 Proc. physiologischer Puerperien. Mithin eine Differenz von nicht weniger als 28,7 Proc.!

Nun wollen wir auf die Betrachtung der Gruppen eingehen. Da fällt vor Allem die

subnormale Gruppe mit 13,7 Proc. Bradykardie als klein auf; mindestens nach den Angaben v. Winckel's [5] und Olshausen's [4], da diese Autoren bei 60 resp. 63 Proc. aller Wöchnerinnen 60 und weniger Pulsschläge in der Minute fanden. Allerdings Koppehl [20] weist Pulsverlangsamung (mit einer oberen Grenze von 64 Schlägen) in 13,85 Proc., Loehlein [23] gar nur in 6,5 Proc. der Fälle nach. Meist handelte es sich in

unseren 39 Fällen um ganz normale Geburten. Es kamen aber auch Regelwidrigkeiten vor: Je 1 mal macerirte Frucht, Forceps wegen Wehenschwäche; 2 mal Wendung mit innerem Handgriff; ebenso oft Nachgeburtsoperationen; Dammrisse ereigneten sich in 3 Fällen; Gonorrhoe fand sich bei 5 Frauen. Der höchste Temperaturanstieg betrug 37,4°, aber schon in der

normalen Gruppe (140 Wöchnerinnen) erreichte die Körperwärme die Grenze (38,0°) in einem Falle, in welchem ein grösserer Dammriss vorlag, in einem anderen Falle stieg das Thermometer wohl in Folge bestehender Galaktostase einmal auf 38,4°, Puls blieb aber bei 72 Schlägen stehen. Gonorrhoe der Mutter konnte in 31 Fällen nachgewiesen werden; Dammrisse 18 mal; Manualhilfe musste in 6 Fällen geleistet werden, in 2 Fällen Forceps und in einem innere Wendung. Placenta wurde 1 mal künstlich entfernt. Zwei der geborenen Kinder waren bereits macerirt.

Subfebrile Gruppe umfasst 81 Beobachtungen, bei welchen sich 7 Fälle finden, die zu den Puerperalkranken auf Grund der Temperaturerhöhung gerechnet wurden. Allerdings nur 1 Fall fieberte länger als einen Tag, es handelte sich um einen der Thrombosenfälle, der am 21. Tage entlassen werden konnte; der höchste Temperaturanstieg betrug 38,8°. Es war dies überhaupt die höchste Körperwärme, die in dieser Gruppe gefunden wurde; die Grenze (38,0°) finden wir freilich im Ganzen bereits 12 mal überschritten, bedingt — nach Ausschluss der vorhin erwähnten 7 Wochenbettfieber — 2 mal durch Erkrankungen der Brüste, je 1 mal durch Tuberculose, Bronchitis und Periostitis. Von Regelwidrigkeiten während der Geburt sind verzeichnet: Je 4 innere Wendungen, Zangen- und Manualhilfe, 2 Nachgeburtsoperationen, 3 macerirte Früchte und 16 Dammrisse. Gonorrhoe findet sich bei 33 Müttern, Lues bei 2. Mehr weniger starke Blutung mag in 10 Fällen die Veranlassung der erhöhten Pulscurve geben, in einem Falle Eklampsie.

Die Gruppe von mehr als 100 Pulsschlägen in der Minute, die 26 Fälle umfasst, schliesst alle schwereren Wochenbettfieber — wir haben deren noch 9 — in sich, sowie den Todesfall in Folge von Uteruscarcinom. Stärkerer Blutverlust gibt die Erklärung des starken Pulsanstieges für jene 14 Fälle, bei welchen die Temperatur die Normalgrenze nicht überschritt; einmal ist wieder Eklampsie die Veranlassung. Die restirenden 2 Fälle werden einmal durch Mastitis, das andere Mal durch Pneumonie erklärt. Von Regelwidrigkeiten der Geburt resp. von Kunsthilfe während derselben sind zu erwähnen: 6 Nachgeburtsoperationen, 4 Dammrisse, 2 innere Wendungen und ebenso viele Forcipes. Vaginitis gonorrhoica kommt nicht weniger als 11 mal vor.

Das Vorkommen der Gonorrhoe ist in diesen Pulsgruppen ganz auffallend vertheilt. Während dieselbe bei der Pulsfrequenz bis 60 Schlägen in nur 12,8 Proc. sich findet, weist die nächste Gruppe 22,1 Proc. auf, um bei der subfebrilen Gruppe schon auf 40,7 Proc. zu steigen und erreicht beim Pulsanstieg von über 100 Schlägen 42,3 Proc. Eine neue Aufforderung, den Einfluss der Gonorrhoe auf den Wochenbettsverlauf sehr zu beachten!

Als Endergebniss unseres Versuches, die Wochenbettverhältnisse einer Gebäranstalt allein nach der Pulsfrequenz darzustellen, glauben wir ohne Widerspruch die Behauptung hinstellen zu dürfen, dass der Puls zum Mindesten denselben Werth behufs Beurtheilung des Puerperium besitzt, wie die Körperwärme. Freilich, wie das Verhalten der Temperatur für sich allein zur Beurtheilung der Salubritätsverhältnisse nicht genügt, kann man aus den Pulscurven allein auch nicht die Wochenbettverhältnisse einwandsfrei beurtheilen. Dies gelingt sicher nur dann, wenn das Verhältniss zwischen Temperaturhöhe und Pulszahl gegenseitig dargestellt und die sich daraus ergebenden Resultate verwendet werden. Unbedingt nöthig ist dabei aber die Durchführung der Knapp'schen [24] Forderung, bei der graphischen Darstellung der Temperatur- und Pulsschwankungen in den Curventafeln der einzelnen Kliniken eine strenge Gleichförmigkeit einzuführen.

Literatur.

1. Leopold: Geburtsh. u. Gynäk. 1895, II. Bd, p. 68.
2. Duncan: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1, p. 653.
3. Schauta: Lehrb. der gesammten Gynäk. p. 196.
4. Olshausen: Centralbl. f. Gynäk. 1881, No. 3.
5. v. Winckel: Lehrb. d. Geburtsh. p 192.
6. Fehling: Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. 1897, p. 29.
7. Eg. Braun: Bibliothek der gesammten med. Wissenschaften, Bd. «Geburtsh. u. Gynäk.» p. 197.
8. Ahlfeld: Lehrb. d. Geburtsh. p. 151.
9. Schroeder: Lehrb. d. Geburtsh. 1891, p. 260.
10. Zweifel: Lehrb. d. Geburtsh. p. 561.
11. Leopold: l. c. p. 49.
12. Probyn-Williams und Leonard-Cutler: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I, p. 652.
13. Hemey: Archiv génér. de méd. 1868, p. 154.
14. v. Rosthorn: Wochenbettstatistik. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. V, p. 563.
15. Fehling: l. c., p. 29.
16. Ahlfeld: l. c., p. 151.
17. Schultze, citirt von L. Knapp: Wochenbettstatistik. Zeitschr. f. Heilk. Bd. XIX, H. 2 u. 3.
18. Leopold: l. c. p. 51.
19. v. Rosthorn: Knapp l. c.
20. Koppehl: Das Verhalten des Pulses im normalen Wochenbett. Diss. Halle a. S., 1895, p. 19.
21. Ahlfeld: l. c. p. 151.
22. Riegel: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVII, p. 221.
23. Loehlein: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. Bd. I, p. 491.
24. Knapp: Zeitschr. f. Heilk. Bd. XIX, H. 2 u. 3.

Aus der Strassburger Frauenklinik.

Die Indication zur vaginalen Myomotomie.

Von *A. Funke*, I. Assistent der Klinik.

Die Indication zur vaginalen Myomotomie deckt sich naturgemäss zum Theil mit der Indication zur Myomotomie überhaupt. Nach den heute allgemein giltigen Anschauungen ist die Operation eines Myoms indicirt, wenn Blutung, Schmerzen und Druckerscheinungen auf die dem Myom benachbarten Organe, sehr schnelles Wachsthum oder Degenerationszustände im Myom den Allgemeinzustand der Kranken derart beeinträchtigen, dass der Organismus zu leiden beginnt.

Absolute Contraindicationen gibt es nicht. Etwa vorhandene Contraindicationen gegen die Operation aus der Beschaffenheit des Tumors oder von Seiten des Allgemeinbefindens sind nur temporärer oder zufälliger Natur.

Wohl gibt es aber Complicationen, die den Erfolg in Frage stellen können; dazu gehört die Myocarditis, die Disposition zu Embolien, und die Functionsstörungen der Niere, die durch Druck des Tumors auf die Ureteren — fast bis zur völligen Anurie — hervorgerufen werden können.

Tödtliche Embolien haben wir unter 184 Operationen seit April 1894 nicht gesehen, dagegen eine tödtliche Embolie vor der Operation und andererseits einen glatten Erfolg der Operation bei vorausgegangener zweimaliger Lungenembolie.

Die Laparotomie — je nach den topographischen Verhältnissen Totalexstirpation oder supravaginale Amputation, — wird nur bei grossen Tumoren ausgeführt und ergab eine Mortalität von 6 : 107.

Die Indication zur vaginalen Myomotomie will ich im Folgenden an der Hand von 77 Fällen, die ich vom 1. April 1894 bis 1. März 1899 in der Klinik beobachten konnte, kurz erläutern.

Ich halte es für falsch, die Frage überhaupt von der Grösse des Tumors abhängig zu machen. Das Schlagwort Pariser Operateure, dass die Tumoren, die den Nabel nicht, oder nur um Weniges überschreiten, nur per vaginam zu operiren seien, hat uns niemals verleitet, von der sicheren Basis der topographischen Diagnose abzuweichen und über der Abschätzung der Grössenverhältnisse des Tumors seine Beziehungen zum Uterus zu den Anhängen und vor allen Dingen zu dem Becken zu vernachlässigen und ausser Acht zu lassen. — Es unterliegt keinem Zweifel, dass alle Myome, die lediglich im kleinen Becken entwickelt sind oder

doch nur mit einer kleinen Kuppe in das grosse hineinreichen, sich am besten für den vaginalen Weg eignen. Die enge Scheide der Virgo sowie die senil atrophische, ist, weil technisch zu überwinden, kein absolutes Hinderniss.

Nicht so einfach ist die Frage, ob der vaginale Weg der Weg der Wahl ist, zu entscheiden bei Tumoren, bei denen ein grösserer Theil des Tumors im grossen Becken liegt. Hier hängt Alles davon ab, ob der Tumor sich im ganzen oder verkleinert wird in das Becken hereinziehen lassen. Lassen wir zunächst die Verkleinerung ausser Acht, so kommt natürlich auch die Grösse des Tumors mit in Betracht. Ich habe seiner Zeit gelegentlich einer früheren Arbeit, die obere Grenze so festgelegt, dass ich sagte, der Tumor soll ungefähr Grösse und Form des Kopfes eines neugeborenen Kindes haben. Theoretisch genommen wird dadurch die Grenze zu eng gezogen, man musste sagen, die grösste Durchschnittsebene soll ungefähr der functionirenden Kopfebene bei der Geburt (in normalen Verhältnissen) entsprechen, es wäre dann der Grösse des Tumors in der Längsausdehnung ein grösserer Spielraum gelassen. Auf diese kommt es aber am wenigsten an, desshalb hat auch der Ausdruck, der Tumor reicht bis zum Nabel, gar nichts Bezeichnendes und für die Indicationsstellung Wesentliches; abgesehen davon, dass der Nabel sehr verschieden hoch über der Symphyse stehen kann. Die Durchmesser, die hauptsächlich in Betracht kommen, sind der Breiten- und der Tiefendurchmesser, und diese sind erfahrungsgemäss am schwersten abzuschätzen.

Die Grössenverhältnisse sind verhältnissmässig leicht abzuschätzen, so lange es sich um einen Tumor handelt, sehr schwer, wenn noch weitere Tumoren hinten über dem Promontorium sitzen. Wir haben in einem tödtlich verlaufenen Falle Gelegenheit gehabt, in autopsia zu sehen, dass die unverhältnissmässigen Schwierigkeiten bei der Enucleation eines faustgrossen subserösen Myomes der Vorderwand bedingt waren dadurch, dass ein pflaumengrosses Myom der Hinterwand sich über dem Promontorium festgehakt hatte.

Wir können hier vielfach den Vergleich ziehen mit Vorgängen bei der Geburt. Wir wissen, wie schwer es ist, einen über dem Promontorium oder Symphyse festgehakten Theil herunterzuholen.

Andererseits wissen wir, wie wichtig es ist, sich die Theile, an denen man operiren will, in das kleine Becken hereinzuziehen oder einzudrücken, weil das Operiren mit den gebogenen Instrumenten im grossen Becken seine Schwierigkeiten hat.

Hat nun das Morcellement einen wesentlichen Einfluss auf die Herabbeförderung des Myoms aus dem grossen Becken in das kleine? Theoretisch ist diese Frage mit Ja zu beantworten, praktisch nicht mit derselben Sicherheit. Meistentheils wird beim Morcellement nur das fortgeschnitten, was bereits tief in das kleine Becken hereingezogen ist. Derjenige Operateur, der aber nicht mehr unter Leitung des Auges operirt und das ist noch unterhalb des Beckeneinganges der Fall, verliert einen beträchtlichen Factor der Sicherheit. In das Innere des Tumors kann man sich wohl ohne Vorsichtsmaassregeln (Fassen mit Greifzangen) hereinarbeiten; die Uteruswand darf man aber nicht morcelliren, ohne sich vorher die Blutstillung gesichert zu haben. Operirt man nicht mehr unter Leitung des Auges, dann muss man stets die nöthigen Maassnahmen treffen für eventuelle Perforation des Uterus und für Blutung.

Wir haben uns für das Morcellement, das damit beginnt, dass man die Port. vag. uteri abschneidet, nie begeistern können; wir haben uns vielmehr stets an die topographischen Verhältnisse gehalten, wir haben die Verkleinerung des Tumors nur in der Weise angestrebt, dass wir das Hauptmyom entweder ganz oder zerstückelt enucleirten, um dann den Rest oft mit dem Uterus in toto zu exstirpiren. Diese Enucleationsmethode, die nach Einschneiden des Mantels und Auslösen der erreichbaren Kuppe des Tumors aus der Kapsel durch starken Zug mit Haken und Fasszangen den Tumor entfernen lässt, ist fast ohne Blutverlust und erscheint natürlich. Es gelingt mit ihr, Tumoren, die an Symphyse oder Promontorium angeklemmt sind, in das kleine Becken herabzuziehen und so den Rest traitabel zu machen. Es ist nicht zu bezweifeln, dass die Virtuosität einzelner Operateure die obere Grenze für die Grösse des Tumors in einzelnen Fällen mit Hilfe des Morcellement wird höher legen können, im Grossen und Ganzen wird die Entfernbarkeit eines Myomes durch die Vagina, was die Grösse angeht, durch das Morcellement gegen die bisherigen Methoden keine Weiterungen erfahren.

Ausser der Grösse des zu entfernenden Tumors kommt auch das Verhalten der Ligamente in Betracht, und zwar hauptsächlich die Länge des Lig. inf. pelv. Ist durch entzündliche Verwachsungen oder durch narbige Schrumpfung in Folge früherer Parametritis (selten) oder durch intraligamentäre Entwickelung des Myoms das Ligament sehr kurz, so kann dieser Umstand das Herunterziehen des Tumors (dabei ist Myom und Uterus verstanden) sehr erschweren, oder das Ligament reisst bei forcirtem Ziehen ab und es entstehen die heftigen Blutungen aus der Spermatica, die zum Exitus führen können und desshalb oft noch nachträglich die Laparotomie nöthig machen.

Am geeignetsten für die vaginale Myomotomie sind folgende Fälle.

1) Die submucösen Myome, sei es, dass sie sich als typische, gestielte, fibröse Polypen präsentiren, sei es, dass sie bei Nulliparen (nach Art des Cervicalabortes bei Primiparen) als Cervixmyom die Cervix entfaltet haben und nur ein kleines Stück aus dem nur wenig eröffneten, von papierdünnen Muttermundslippen umsäumten Muttermund heraussieht, sei es, dass bei Multiparen ein über faustgrosses Myom, durch den handtellergross eröffneten Muttermund zum Theil geboren, mit seiner gangraenösen Oberfläche in die Vagina schaut, sei es endlich, dass das mannsfaustgrosse Myom vollkommen in die Vagina geboren ist, und die Muttermundslippen, hoch über der Symphyse und hoch oben am Promontorium nur als dünner Saum fühlbar sind. Auf die Grösse kommt es bei diesen am wenigsten an, wenn nur die grössere Calotte im kleinen Becken liegt!

Bei dieser Art Tumoren ist es richtig, eventuell nach seitlicher Spaltung des Cervix, das Myom zunächst ganz oder zerkleinert zu enucleiren und dann je nach der Indication den Uterus noch total zu exstirpiren.

2) Das solitäre submucöse Myom des Fundus uteri bei geschlossener Cervix, wenn es Orangengrösse nicht übersteigt. Die Operationsmethode ist die Spaltung der vorderen Wand des Uterus nach vorhergegangener Eröffnung der Plica vesico-uterina.

3. Solitäre subseröse Myome der Vorder- und Hinterwand des Uterus, die nach dem Cervix zu gewachsen sind, die Grösse des Kopfes eines neugeborenen Kindes nicht übersteigen und von der Vagina gut zugänglich sind. Auch hier ist wegen Blutung, oder auch weil noch weitere Myome constatirt werden, öfter noch nöthig, die Totalexstirpation anzuschliesen.

4. Die Myomatosis uteri. Der Uterus muss sich gut herabziehen lassen; die geeignete Operation ist die Totalexstirpation.

5. Kleine subseröse Myome des Fundus. Operation: Vorderer oder hinterer Vaginalschnitt, Herausholen des Uterus, Enucleation der Myome, Naht, Zurückstülpen des Uterus, Vaginalnaht.

Die vorstehend angeführten Fälle stellen die Haupttypen der für die vaginale Operation geeigneten Myome dar und geben zu gleicher Zeit einen Ueberblick über die gebräuchlichen Operationsmethoden, denn gemäss der Mannigfaltigkeit des Sitzes der Myome müssen natürlich verschiedene Operationsmethoden Platz greifen. Bei der Aufzählung tritt die Enucleation unverhältnissmässig in den Vordergrund, aber nur desswegen, weil wir stets mit der Enucleation anfangen. In Wirklichkeit überwiegt die Zahl der Totalexstirpationen: unter 77 Fällen 36 mal und scheiden aus den 77 Fällen noch die fibrösen Polypen aus, dann ändert sich das Verhältniss noch mehr zu Gunsten der Totalexstirpation.

Um den Werth der vaginalen Totalexstirpation abzuschätzen, halte ich es für richtig, sie erstens in Beziehung zu bringen zur abdominalen und andererseits zur palliativen Behandlung der Myome.

Die Mortalitätsstatistik zur Werthschätzung beider Operationen heranzuziehen halte ich für müssig. Zieht man die grosse Zahl der schweren Fälle in Betracht, die bereits mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens einhergehen, die der abdominalen Operation anheimfallen müssen, und die grosse Zahl der sehr leichten Fälle, für die der vaginale Weg der Weg der Wahl ist,

so fallen die paar Procent weniger Mortalität, die die vaginale Operation vor der anderen bei uns und bei Anderen aufzuweisen hat, wenig in's Gewicht. In gleichen Fällen, also wo die Laparotomie sich der unteren Grenze der Indication nähert und die vaginale Operation der oberen, da ist die Laparotomie nach unseren Erfahrungen die lebenssicherere Operation. Oft wird durch die Operationsmethode (vaginaler Weg) ein leichter Fall (bei der event. Laparotomie) erst zu einem schweren gestempelt. Bei dem einen von den 3 Todesfällen, die wir unter 77 Operationen aufzuweisen hatten, handelte es sich um Verblutung: Grosser Blutverlust bei einer Sondenuntersuchung bei dem ohnehin schon ausgebluteten Mädchen, so dass die Untersuchung abgebrochen und tamponirt werden musste, grosser Blutverlust bei der Operation (Enucleation eines subserösen Myomes der Vorderwand des Uterus) und dann noch eine geringe Nachblutung hatten den Tod herbeigeführt. Die beiden letzten Blutverluste hätten sich bei der Laparotomie sicher vermeiden lassen und die Kranke wäre damit vielleicht gerettet gewesen. Da wir bei der vaginalen Myomotomie nie wissen, ob ein leicht aussehender Fall sich nicht noch während der Operation als ein sehr schwerer Fall herausstellt, der an die Kräfte der Patientin in den nächsten Tagen nach der Operation hohe Anforderungen stellt, so haben wir es stets so gehalten, dass hochgradige Anaemie und Kräfteverfall als Contraindication gegen die vaginale Myomotomie gelten.

Bezüglich der Ueberlegenheit der vaginalen Mymotomie gegenüber der abdominalen wegen Vermeidung der Bauchnarbe, verweise ich auf meine Ausführungen an anderer Stelle.

Sollen wir endlich die palliative Behandlung der Myome einschränken zu Gunsten einer Frühoperation mittels der vaginalen Methode? Ich glaube diese Frage bezüglich der submucösen Myome bejahen zu müssen; ein submucöses Myom muss exstirpirt werden, sobald es erkannt ist, wie ein Ovarialtumor.

Bezüglich der übrigen, glaube ich die Indication so am besten stellen zu können: Bei Blutung, wenn keine stricte Indication zur Radicaloperation vorliegt, Curettement, event. wiederholt, und Secale, bei Druckerscheinungen, namentlich bei noch jungen Frauen, frühzeitige Enucleation des noch kleinen Hauptmyoms!

Immer aber wird man bei diesen Frühoperationen sich darüber klar sein müssen, dass der Verlauf der Operation unerwarteter Weise noch während der Operation die Indication auf Totalexstirpation und damit zur Sterilisirung der Patientin geben kann. Die neuesten Erfahrungen aus der Praxis des Lebens lassen diesen Punkt stark hervortreten und es wird stets nöthig sein, die Kranke resp. die Angehörigen auf die Eventualität einer Totalexstirpation aufmerksam zu machen. Ausserdem ist in Betracht zu ziehen, dass die palliative Behandlung bei richtiger Indicationsstellung gefahrlos ist, während die vaginale Operation immer noch Gefahren in sich birgt. Andererseits müssen wir uns auch vergegenwärtigen, dass ein ziemlich grosser Procentsatz der ursprünglich conservativ behandelten myomatösen Uteri später doch noch der Totalexstirpation anheimfällt, in einzelnen Fällen aber doch erst nach langen Jahren; in einem Falle wurde das Myom erst 18 Jahre nach seiner Constatirung operirt. In der Zwischenzeit haben die Frauen noch geboren und ein erträgliches Dasein geführt.

Ich habe in diesen Zeilen der vaginalen Operation die Stellung zugewiesen, die ihr nach den Erfahrungen an 242 Fällen an hiesiger Klinik zukommt. Sie wird neben der abdominalen, namentlich in ihren schönen Modificationen des conservativen Verfahrens eine hervorragende Stellung in den Myomoperationen einnehmen, aber nie dominiren. Wir haben uns dahin entschieden, in zweifelhaften Fällen stets die Laparotomie zu machen.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Ein Vorschlag zur Werthbestimmung einer Operationsmethode, insbesondere solcher bei Myomen.

Von *Otto v. Herff.*

Die feilste Puella publica nannte jüngsthin W. A. Freund die Statistik. Gewiss nicht mit Unrecht, sofern man damit hervorheben will, dass die Zahlen einer Statistik bis zu einem gewissen Grade willkürlich gruppirt, vermindert oder vermehrt werden können. Gelingt es aber, die Zahlen nach festen, allgemein giltigen und auch allgemein streng befolgten Principien festzulegen und die Statistik von Willkürlichkeiten aller Art möglichst zu befreien — ganz wird es leider niemals gelingen —, so kann die vergleichende Wissenschaft der Statistik als eines ihrer werthvollsten Werkzeuge nicht entfernt entbehren. So leicht sich nun theoretisch solche Principien aufstellen lassen, so schwer ist es und wird es sein, sie praktisch ein- und durchzuführen. Wie sehr sich diese Schwierigkeiten gerade bei der Aufstellung von Operationsstatistiken geltend machen, wie schwer dabei völlig gleiche, mit einander vergleichbare Zahlenreihen zu Tage treten, habe ich seit vielen Jahren bei der Zusammenstellung der Carcinom- und Myomliteratur in Frommel's Jahresberichten nur zu reichlich Gelegenheit kennen zu lernen. Aus dieser Erfahrung und wesentlich auch in der Voraussicht, dass auf der bevorstehenden Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin bei der Besprechung der Myomoperationen statistische Belege und hierbei sehr geringfügige Zahlenunterschiede von ½—1—2 Proc. eine ausschlaggebende Rolle vermuthlich spielen werden, erscheint es mir gerade jetzt nicht ganz unangebracht, die Fehlerquellen einer Operationsstatistik im Allgemeinen darzulegen. Hierbei leitet mich weiter der Wunsch und die Hoffnung, dass es allmählich gelingen möge, feststehende, allgemeingiltige Principien in der Behandlung und in der Verwerthung statistischen Operationsmateriales auszubilden. Nur so erscheint es mir möglich, wirklich zutreffende und vor Allem auch wirklich vergleichbare Zahlenreihen und damit auch zuverlässige vergleichende Untersuchungen z. B. über die Vollwerthigkeit oder über die Minderwerthigkeit verschiedener Operationsmethoden zu erlangen.

Eine zusammenfassende Aufstellung aller Sterbefälle, z. B. der verschiedenen Myomoperationen, um mich dieses Beispieles seines actuellen Interesses wegen weiter zu bedienen, wird an sich die zutreffendste Prognose des Eingriffes überhaupt und auch in ihrem Kerne schliesslich den Werth der einzelnen Operationsmethoden ergeben, — freilich nur dann, und diese Bedingung ist unumgänglich nothwendig, wenn hinreichend grosse Zahlenreihen zur Verwerthung stehen. Klar liegt es ja auf der Hand und ist ja auch eine unbestrittene Erfahrungsthatsache, dass bei kleinen Zahlen etwaige Fehlerquellen ganz erheblich in's Gewicht fallen müssen und das Endresultat einer vergleichenden Untersuchung unrichtig gestalten werden.

Bestimmend auf die Höhe der Sterblichkeit der Myomoperationen wirken eine ganze Anzahl von Umständen, von Todesursachen, die man sehr wohl als constante, d. h. mit der Methode innig zusammenhängende, und als inconstante, nämlich solche, die in besonderen Verhältnissen ihren Grund haben und mit der Methode selbst nicht innig verbunden sind, zusammenfassen kann. Wesentlich in's Gewicht als Fehlerquellen fallen, wenn man den Werth der Methode abschätzen will, nur die inconstanten Todesursachen, da sie von der Methode an sich unabhängig sind.

Unter die inconstanten Todesursachen einer Operation sind meines Erachtens, es lässt sich ja darüber rechten, zunächst alle jene Todesfälle unterzuordnen, die mehr oder weniger mittelbare Folgen des Eingriffes, einschliesslich der Narkose natürlich, sind. Dazu kommen jene Verluste, die durch zufällig schon vor der Operation bestandene Krankheiten anderer Art oder die durch solche, die erst während der Heilung hinzugetreten sind, verursacht werden. Es gehören auch hierher gewisse üble Ereignisse nach einer Operation, wie vor Allem Ileus. Dieser desshalb, weil durch keine Methode, durch kein Verfahren bis jetzt diese Unglücksfälle ausgemerzt werden konnten und sie bei jeder Art von operativen Eingriffen am Bauch auftreten können, dabei aber vom Zufalle sehr abhängig sind. Damit ist ausgedrückt, dass diese Gruppe von inconstanten Todesursachen schon wegen ihrer Mannigfaltigkeit ausserordentlich vom Zufalle beherrscht wird — natürlich unter der eigentlich selbstverständlichen Voraussetzung gleicher Erfahrung, Geschicklichkeit und Gewissenhaftigkeit der einzelnen Operateure. Diese vom Zufalle abhängigen Ungleichheiten, Fehlerquellen, müssen um so schroffer zu Tage treten, je kleiner die Zahl der verwerthbaren Operationen ist, insbesondere aber je ge-

ringfügiger der Unterschied der zur Vergleichung stehenden Sterblichkeitsprocente ist. In dieser Beziehung liegt ein gewaltiger Unterschied vor, ob man Unterschiede von 10 und 30 Proc. oder nur von ½—1—2 Proc. zu vergleichen hat, wie Letzteres thatsächlich jetzt bei den Operationsstatistiken der Myome vielfach, beinahe durchgängig der Fall ist. Bedeutet doch in diesem Falle 1 oder 2 Todesfälle zufälliger Art gleich eine Steigerung bei 100 Operirten um 1—2 Proc., bei 200 von ½—1 Proc., also schon soviel, als vielfach der Unterschied zwischen so vielen Operationsserien ausmacht! So verliert der eine Operateur Kranke an den mittelbaren oder unmittelbaren Folgen der Narkose oder vielleicht an Perforationsperitonitis in Folge Durchbruchs von Darmgeschwüren — eigene Erfahrungen und Beobachtungen, wie alle folgenden. Der Andere hingegen bleibt von diesen traurigen Vorkommnissen viele Jahre hindurch, ja vielleicht sein Leben lang verschont. Bei einem Anderen will es wiederum der Zufall — die berühmte Duplicität der Fälle —, dass er rasch hintereinander septisch Inficirte oder sonstwie an Herz, Lungen, Nieren Erkrankte aus Indicatio vitalis zu operiren hat, um trotz übelster Prognose Alles gethan zu haben, was nur irgend entfernt eine Rettung bedeuten könnte, während der Andere sich kaum jemals vor solche Aufgaben gestellt sieht. Der Erste hinwiederum bekommt mehr Kranke mit Neigung zu Thrombosen oder Embolien als der Zweite u. s. f.

Kurz, es werden durch solche Umstände, die in der Beschaffenheit des Krankenmateriales selbst gelegen sind und die völlig unabhängig von dem Operateur sind, zeitweilig jedenfalls solche Ungleichheiten in den Verlusten einer Operationsserie veranlasst, dass man sehr wohl von Glück und Unglück des Operateurs zu sprechen die Berechtigung hat, ohne hierbei irgendwie der Geschicklichkeit, der Wahrhaftigkeit und der Gewissenhaftigkeit des Operateurs oder gar der Vortrefflichkeit der angewandten Operationsmethode auch nur im allergeringsten nahe zu treten.

Nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung kann es freilich nicht ausbleiben, dass der jetzt vom Glücke Begünstigte doch noch schliesslich die Wandelbarkeit der Glücksgöttin kennen lernt und dass dem weniger Begünstigten die Sonne wieder scheint. Aber bis eine solche Wandlung eintritt, können viele Jahre vorübergehen.

Diese dem Zufalle zu dankenden beträchtlichen Fehlerquellen der inconstanten Todesfälle in Statistiken, die alle Verluste umfassen, werden sich ja in den einzelnen Operationsserien mit der Zeit und mit der wachsenden Anzahl der Operationen schliesslich nothwendiger Weise ausgleichen müssen und Statistiken liefern, die ohne Weiteres mit einander vergleichbar sind und einen zuverlässigen Maassstab für die Prognose der Operation und indirect auch für den Werth einer Methode abgeben. So weit ich nun die Sachlage bei den Myomoperationen überschaue und beurtheilen kann, genügen bei diesen Eingriffen nicht die Verwerthung von Hunderten von Operationen, sondern man muss hierzu viele Tausende zur Verfügung haben. So viel Material steht aber leider zur Zeit noch nicht zur Hand, und daher kann man aus den Statistiken, die alle Verluste aufweisen, zur Zeit nur annähernde Schlüsse ziehen. Und wie lange Zeit darüber noch vergehen wird, bis man soweit gelangt ist, sicher zu urtheilen, lässt sich nicht absehen. So lange können wir aber nicht warten; wir müssen schon jetzt im Interesse unserer Kranken wissen, wie hoch wir einen Operationsverlust bei dieser oder jener Methode zu erwarten haben.

Man hat das auch schon lange anerkannt, und daher das Bestreben, die Operationsstatistiken zu reinigen, sie von Todesfällen zu befreien, die, wie man sich ausdrückt, der Operation nicht zur Last fallen, also sie von den oben gekennzeichneten inconstanten Todesursachen zu entlasten. Aber die Art und Weise, wie dies gelegentlich geschieht, ist bei den einzelnen Schriftstellern keine ganz gleichmässige, weil zwischen der Prognose der Operation und dem Werth der Methode nicht scharf genug unterschieden wird. Bei der bekannten Unvollkommenheit unseres Gehirnes, bei der uns unbewusst beherrschenden Fremd- und Autosuggestion werden vielfach Temperament, subjective Auffassung, Glauben und klinische Erfahrung, unbewusst, dabei stets natürlich ungewollt eine mehr oder weniger grosse Rolle spielen.

So entstehen ungewollt zwischen den Operationsserien verschieder Operateure Ungleichheiten, die eine gesicherte Schlussfolgerung nicht gestatten.

Wollen wir also möglichst objectiv die Vortheile oder Nachtheile verschiedener Methoden miteinander vergleichen, so bleibt zur Zeit, um wirklich vergleichbare Zahlen zu erhalten, die möglichst frei von Zufälligkeiten und von Subjectivismus sind, nur übrig, dass man die Operationsstatistik von allen, aber auch allen inconstanten Todesursachen radical reinigt und dabei nicht auf halbem Wege stehen bleibt, wie dies üblich ist. Es dürfen nur die constanten Todesursachen, die der Methode inhärent sind, zum Vergleiche herangezogen werden, aber nicht die constanten zusammen mit einer willkürlich angesetzten Zahl von inconstanten Verlusten, die mit den Eingriffen an sich verbunden sind. Man kann doch nicht behaupten, dass eine septische Infection bei einer Operation abhängig ist von einer besonderen Blutversorgungsmethode oder von einer Methode der Schnittführung u. s. w. Gleiches muss mit Gleichem verglichen werden. Es heisst also zunächst feststellen, welche Todesursachen einer Operation hängen unmittelbar mit der Methode zusammen, und diese so zu umgrenzen, dass aller subjectiven Willkürlichkeit in der Auswahl möglichst — ganz wird sich dies leider auch nicht vermeiden lassen — die Schwelle verlegt wird.

Ich fühle wohl, dass hier die Abgrenzung der einzelnen Gruppen nicht ganz gegen Willkürlichkeiten geschützt wird, aber wer kann bei der Mannigfaltigkeit der individuellen Verhältnisse Alles unter dem bekannten Schema F. unterbringen? Zufrieden muss man sein, dem Ziele möglichst nahe zu kommen.

In einer gewissen Parallele zu den Nebenverletzungen und in einigem Zusammenhange damit befindet sich zum Theil die Bewerthung der septischen Infectionen in unserem Sinne. Auch hier wird und muss principiell verlangt werden, dass ein Verlust durch Sepsis nicht vorkommen darf, jedenfalls in unmittelbarem Zusammenhange mit der Operationsmethode nicht gebracht werden darf. Die Methoden müssen so beschaffen sein, dass sie vor Infectionen schützen. Die Erfahrung lehrt aber, dass man von diesem Ziele noch entfernt ist, dass trotz aller Sorgfalt und Mühe doch ab und zu septische Infectionen vorkommen, die dann allerdings auf Zufälligkeiten, auf Verstösse gegen die Antisepsis oder Asepsis irgend eines bei der Operation thätig Mitwirkenden oder auf Fehler im Gange der Sterilisationsapparate zurückgeführt werden müssen. Damit ist aber dieser Gruppe von Infectionstodesfällen als von zufälligen, äusseren Umständen abhängig der Charakter als inconstante Verluste aufgeprägt und müssen diese daher aus der Sterblichkeitsstatistik entnommen werden. Gleiches kann man hingegen nicht durchweg von jenen septischen Infectionen behaupten, die durch bewusst von der Methode verlangten Eröffnung benachbarter Hohlräume, die schwer zu desinficiren sind, in unserem Falle also der Uterushöhle, des Cervixcanales, vor Allem aber der Scheide trotz ihrer antibactericiden Kraft, angefacht werden. Lässt sich nur mit einiger Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass von diesen eröffneten Hohlräumen eine septische Infection ihren Ursprung genommen hat, so muss sie der Methode zweifellos zur Last gelegt werden, denn ohne diese Eröffnung wäre sie ja nicht entstanden. Ich verkenne durchaus nicht, dass hier bei der Beurtheilung dieser Verhältnisse ein subjectives, also auch fehlbares Moment in Thätigkeit kommt, also der Willkürlichkeit Eingang verschafft wird, aber es scheint mir, dass im Grossen und Ganzen etwa dadurch bedingte Fehlerquellen, wie, dass ausnahmsweise einmal eine primäre Infection irrthümlicherweise auf die eröffnete Cervix oder die Scheide bezogen wird, so geringfügig sind, dass von einer beträchtlicheren Einwirkung auf die Sterblichkeitsprocente einer Methode nicht gut die Rede sein kann. Es sind demnach alle primär septischen Todesfälle als inconstante auszumerzen, hingegen alle secundären, die von der bewussten Eröffnung benachbarter Hohlräume einwandsfrei herzuleiten sind, der Operationsmethode anzurechnen.

Die grössten Schwierigkeiten bereitet aber die Beurtheilung der Schädigung eines Kranken durch die Zeitdauer einer Operation, weil es hierbei ausserordentlich viel auf die Körperbeschaffenheit, auf die Widerstandsfähigkeit eines Operirten ankommt und

diese Umstände nur annäherungsweise geschätzt werden können. Todesfälle an Operationsschock in Folge zu langer Operationsdauer sind der Operationsmethode als constant aufzubürden, wenn diese einen ungebührlich langen Zeitaufwand erheischt. Nach Minuten zu rechnen, wäre hier, gelinde gesagt, höchst übertrieben. Es kann sich nur um längere Zeiträume handeln, etwa 2 Stunden und mehr, gemäss der allgemeinen chirurgischen Erfahrung.

Als Paradigma solcher Operationsmethoden mögen die modernsten abdominellen Ausräumungen des kleinen Beckens wegen Uteruscarcinom dienen. Bei den gewöhnlichen Myomoperationen dürfte, die Scheidenoperationen ausgenommen, kaum jemals der Zeitraum von 2 Stunden überschritten werden.

Man würde also gut thun, derartige Schocktodesfälle in Folge ungebührlich langer Operationsdauer nur dann der Methode aufzubürden, wenn diese stets über zwei Stunden dauert; in allen übrigen Fällen wären sie aber auszuschalten.

Am durchsichtigsten und klarsten liegen die Verhältnisse bei den Verblutungstodesfällen, insbesondere bei denen, die durch Nachblutungen bedingt werden. Stehen wir doch Alle auf dem Standpunkte, dass die Operationsmethoden zum Mindesten eine unbedingte Sicherheit gegen Verblutungstod, insbesondere während der Heilungszeit geben müssen. Kann dies die Methode nicht, beobachtet man bei ihrer richtigen Ausführung derartige Verluste, so ist sie zweifellos minderwerthig und daher, Nothfälle ausgenommen, zu verlassen. Gerade bei den Myomoperationen sind in dieser Beziehung leicht verschiedene Abstufungen der absoluten Sicherheit gegen Blutungen leicht nachzuweisen. Am weitesten im Verfolg des Principes gesichertester Blutstillung geht unzweifelhaft die Partienligatur. Doch kann es ebensowenig bestritten werden, dass die isolirte Gefässunterbindung, für die ich schon vor vielen Jahren warm eingetreten bin, genau die gleiche Sicherheit bei einfacherer Technik leistet. Gleiches kann hingegen, gegenwärtig wenigstens, von den Klemmenmethoden nicht behauptet werden. Alljährlich findet man in den Jahresberichten Mittheilungen über tödtliche Nachblutungen zur Zeit der Abnahme der Klemmen, welche traurige Vorkommnisse bei den Ligaturmethoden fast gar nicht beobachtet werden. Diese andauernd wiederkommenden Todesfälle der Klemmenmethode sind demnach als der Methode innewohnend und somit als bei dieser constant anzusehen. Und ich fürchte sehr, dass in nicht langer Zeit ähnliche Erfahrungen mit der modernsten dieser Methode, der «Angiotripsie» Doyen's, nicht ausbleiben werden, wie man leicht aus den Erfahrungen der traumatischen Chirurgie voraussagen kann. Ich weiss wohl und aus eigener Anschauung, dass man absolut nicht geschützt ist gegen tödtliche Nachblutungen bei Anwendung von Ligaturen. Denn gelegentlich kann sich, durch irgend einen unglücklichen Umstand bedingt, ein Unterbindungsfaden nachträglich lockern, abstreifen oder sonstwie nachgeben. Aber diese Fälle gehören zu den allergrössten Seltenheiten bei den Ligaturmethoden, sie sind so sehr selten, dass sie schon bei einigen hundert Operirten nur wenige Zehntelprocent ausmachen, also in grösseren Statistiken keine bemerkenswerthe Fehlerquelle mehr abgeben, wenn man sie auch als nicht inconstant abrechnen wollte. Ich möchte daher die Anschauung verfechten, dass alle vorkommenden Verblutungen, jedenfalls alle Nachblutungen, ohne Ausnahme, der Methode zur Last zu legen sind und als constante Vorkommnisse bei der Sterblichkeitsstatistik nicht abgezogen werden dürfen.

Etwas schwieriger schon ist die Beurtheilung der mit dem Tode endigenden Nebenverletzungen als constante oder inconstante Todesursache. Als inconstante, in der Eigenthümlichkeit des Falles selbst gelegene, sind die Nebenverletzungen aufzuführen, in unserem Falle also die von Darm, Blase, Ureteren, sofern diese Gebilde mit der Geschwulst oder den zu entfernenden Theilen so innig verklebt oder verwachsen sind, oder wenn sie, bei den Ureteren insbesondere, so ganz abnorm verlagert sind oder durch Geschwulstmassen verlaufen, dass auch die sorgfältigste Technik ihre Verletzung nicht immer vermeiden kann. Wer wird derartige Todesfälle der Methode zur Last legen? Anders schon liegen die Verhältnisse, wenn diese Organe frei liegen, oder nur wenig in ihrer Lage verschoben sind. Werden sie dann verletzt, dann muss man sie der Methode zur Last legen, da solche Ereignisse einfach nicht vorkommen dürfen. Als Beispiel dessen, was ich meine, möge dienen, dass bei der Klemmenmethode, im schroffen Gegensatz zu der Ligaturmethode, auch bei der geschicktesten Technik Verletzungen von Nebenorganen, Darm und Harnleiter, auffallend häufiger vorkommen und in einer Anzahl von Fällen auch den Tod herbeigeführt haben, als dies jemals bei den Ligaturmethoden, insbesondere bei der isolirten Gefässunterbindung, selbst bei der abdominellen Totalexstirpation des Uterus, der Fall gewesen ist. Es müssen daher derartige Verletzungen freier Gebilde als constant der Methode angesehen werden und dürfen aus der Sterblichkeitsstatistik nicht ausgeschaltet werden.

So komme ich zum Schlusse, dass so lange nicht Operationsserien zur Verfügung stehen, die viele Tausende von Fällen umfassen, so lange sind wir gezwungen, die inconstanten Todesursachen von den constanten sorgfältig zu trennen und erstere von der Sterblichkeitsstatistik abzulösen, wenn man den Werth einer Methode, nicht aber die Prognose der Operation bestimmen will. Es würden also als constante Todesursache anzunehmen und damit die Methoden zu belasten sein: alle jene, die eintreten in Folge von Blutungen, insbesondere aber von Nachblutungen, Verletzungen freier oder doch nur geringfügig verlagerter Organe, septische Entzündungen, sofern diese als von bewusst durch die Methode eröffneten Hohlorganen ausgegangen, sicher beweisbar sind und Todesfälle an Schock bei in der Methode selbst begründeter allzulanger Operationsdauer, als welche im Allgemeinen zwei Stunden und mehr gelten dürfte.

Würden die vorhandenen Statistiken nach diesen oder ähnlichen Principien allgemein behandelt werden, so wird sich nach meiner Ueberzeugung sofort herausstellen, dass gar manche der sich noch gegenüberstehenden Methoden völlig gleichwerthig sind und dass die vorhandenen geringfügigen Unterschiede in der Sterblichkeit der Operationen in Nebenumständen aller Art zu suchen sind; dass man ferner das gesetzte Ziel ebenso gut auf verschiedenen Wegen sicher erreicht und dass die Unterschiede im Wesentlichen nur in der grösseren oder kleineren Wegstrecke bis zum Ziele zu suchen sind, was füglich der Liebhaberei des Einzelnen überlassen bleiben muss.

Nachtrag.

Obige Zeilen waren bereits seit längerer Zeit der Redaction dieser Wochenschrift eingesandt, als die vorbereitenden Referate für die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie erschienen. In der Arbeit von Herrn Zweifel findet sich nun ein bedenklicher Vorwurf gegen meine Person, den ich nicht einfach übergehen kann, was ich sonst als ausgesprochener Gegner solcher persönlicher Polemik sicher thun würde.

Richtig ist, dass ich vor Jahren in Frommel's Jahresberichten, X. Jahrgang, 1891, pag. 145, eine Abhandlung von Blum über Myomresultate ihres eigenthümlichen und für Andere kränkenden Tones halber näher beleuchtet habe, vielleicht unnöthig zu scharf und wohl persönlich, das will ich gerne zugeben.

Es gewährt mir jetzt eine gewisse Befriedigung, zu lesen, dass Herr Zweifel selbst, wie ich dies auch niemals anders angenommen habe, hiefür die Verantwortung ablehnt. Ich habe des Weiteren erwähnt, dass die an sich sehr guten Resultate von Herrn Zweifel nicht ausschliesslich auf seiner Operationsmethode beruhen können, sondern dass auch das Glück insoferne wohl eine Rolle gespielt haben möge, als bekannte Unglücksfälle aller Art, wie sie anderen Operateuren vorkommen, Herrn Zweifel in der damals mitgetheilten Serie von 120 Fällen erspart geblieben sind, was doch gewiss als beneidenswerth bezeichnet werden kann. Diese meine Annahme, dass die sehr guten Resultate der Leipziger Klinik auch durch die Güte des Materiales in etwas mitbedingt werden, — solches ist allein der Sinn meiner damaligen Worte — beweist jetzt Herr Zweifel selbst. Der Leipziger Operationsmethode bin ich weiter nirgends zu nahe getreten, geschweige denn, dass ich nur an-

gedeutet hätte, dass diese Methode minderwerthig sei oder dass sie gar, wie es Herr Zweifel als von Anderen geschehen angibt, schlecht sei. «Die Erfolge sind zweifellos sehr gut» habe ich damals geschrieben. Soweit das Thatsächliche.

Mit aller Entschiedenheit muss ich dagegen auf das nachdrücklichste Verwahrung einlegen, als ob ich irgendwie auch nur im entferntesten eine Verdächtigung der Zuverlässigkeit der Leipziger Myomstatistik hätte andeuten wollen. Diese Absicht gehabt zu haben muss ich rundweg bestreiten.

Vielleicht lässt sich diese völlig irrthümliche Anschauung von Herrn Zweifel durch eine missverständliche Interpretation seinerseits eines einzelnen aus dem Zusammenhange gerissenen Satzes oder gar eines von mir ungeschickt gewählten Wortes erklären. Eine Erklärungsmöglichkeit, die dann freilich in logischem Widerspruche mit dem ganzen Inhalte meiner Kritik der Blum'schen Abhandlung wie des von Herrn Zweifel angezogenen Absatzes, insbesondere des Satzes: Und doch beweist diese Reihe zur Evidenz, dass ein ungewöhnlich günstiger Zufall gewaltet hat, stehen würde. Herr Zweifel kann versichert sein, wenn ich irgendwie Bedenken an der Zuverlässigkeit und Richtigkeit seiner Statistik hegen würde, dass ich auch den Muth habe, dies offen zu sagen, und mit Gründen näher zu stützen. Ich glaube auch jetzt, wie von jeher, Herrn Zweifel auch ohne Beweise und Zeugen, dass er eine völlig zutreffende Statistik gegeben hat.

Zur Therapie des operablen Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft.*)

Von *W. Thorn.*

Während neuerdings die Bestrebungen, den Gebärmutterkrebs operativ zu heilen, auf eine Wiedereinbürgerung resp. Vervollkommnung der Freund'schen abdominalen Totalexstirpation hinzielen, die eine Zeit lang auf stark vergrösserte, myomatöse und gravide Uteri beschränkt blieb, hat gerade die Behandlung des Krebses der schwangeren Gebärmutter in den letzten 3 Jahren den umgekehrten Weg eingeschlagen, indem man in rascher Folge in immer vorgeschritteneren Stadien der Schwangerschaft die krebsige Gebärmutter intact oder nach Entfernung der Frucht vaginal exstirpirte. Hatte man vor noch nicht so langer Zeit allein die vaginale Entfernung des Uterus post part. matur. für ein schwieriges Unternehmen gehalten, so gelang es dem Geschick Olshausen's, eine am Ende des 6. Monats schwangere Gebärmutter mit Portiocarcinom intact mit Glück vaginal zu exstirpiren und Fritsch war der Erste, der bei Portiocarcinom in der Geburt nach Sprengung der Blase und Incision der hinteren Cervixwand durch hohe Zange ein lebendes Kind entwickelte und sofort, nach Entfernung der Placenta durch Credé'schen Handgriff, den Uterus vaginal exstirpirte, ebenfalls mit glücklichem Ausgang. Ihm folgte Seiffart, der zuerst am Ende der Schwangerschaft bei noch geschlossenem Muttermund das Carcinom der hinteren Lippe mit dem Thermokauter abtrug, nach Circumcision, Ablösung der Blase, Spaltung des Uterus in vorderer und hinterer Wand mit dem Forceps ein lebendes, $8\frac{1}{2}$ Pfund schweres Kind extrahirte, die Placenta sofort entfernte und nach völliger Spaltung und Abklemmung der Parametrien den Uterus in zwei Hälften exstirpirte, allerdings mit ungünstigem Ausgang für die Mutter, die am 2. Tage an Sepsis zu Grunde ging.

Durch diese 3 Fälle, quasi die Etappen auf dem vaginalen Operationswege, war der Beweis geliefert, dass die Entbindung und Exstirpation des schwangeren carcinomatösen Uterus auf vaginalem Wege in jedem Stadium der Schwangerschaft bei normalem Becken möglich ist. Ob bei lebensfähiger Frucht dieses Vorgehen in jeglicher Hinsicht auch das rationellste ist, muss allerdings noch bewiesen werden. Fehling versuchte wenigstens, den unglücklichen Ausgang des Seiffart'schen Falles der Operationsmethode zur Last zu legen und meinte, bei ausgebreitetem Carcinom des Collums bedingten eine schwere Zange oder Wendung leicht starke Quetschungen, denen Parametritis und Sepsis folgen könnten. An anderer Stelle macht er gegen die Methode den weiteren Einwurf, dass die Entwickelung mit Schwierigkeiten und Zeitverlust verknüpft sein dürfte, die dem Kinde das Leben kosten könnten. Er plaidirt desshalb dafür, dass vom 4. bis 8. Monat der Uterus vaginal entleert werden möge, und zwar in den späteren Monaten entsprechend den Vorschlägen Dührssen's und dass sofort die vaginale Exstirpation des Uterus anzuschliessen sei; im 9. und 10. Monat jedoch will er Sectio caesarea nach Porro machen, also Kind, Placenta und Corpus uteri abdominal entfernen, den elastisch ligirten Cervixstumpf dagegen vaginal exstirpiren, um das Carcinom mit der Bauchhöhle überhaupt nicht und mit Fingern und Instrumenten erst am Ende der Operation in Berührung kommen zu lassen. Er schliesst sich damit im Wesentlichen den Vorschlägen Olshausen's an, nur dass dieser gegen die Amputation des Uterus ist; nach ihm soll man nach der Sectio caesarea und nach der Entfernung der Placenta den Uterus provisorisch nähen und in toto per vaginam exstirpiren.

Fehling hat abdominal nach seiner Art 2 Fälle von Portiocarcinom, einen im 6. und einen im 9. Monat der Schwangerschaft mit Glück operirt, von denen also nur der letztere jetzt noch in Betracht kommt, nachdem bewiesen ist, dass man im 6. Monat ganz zweifellos vaginal zum Ziele gelangt, sicher auf ungefährlichere Weise, denn man wird Olshausen durchaus zustimmen müssen, wenn er meint, dass die Amputatio supravaginalis auf abdominalem Wege und die nachträgliche Exstirpation der Cervix von unten her, ebenso wie die abdominale Totalexstirpation bei todtem oder nicht lebensfähigem Kinde nicht gleichwerthig der vaginalen Exstirpation seien.

Vom Standpunkte des Operateurs erscheint jegliche Operation in zwei Arten, hier zunächst abdominal dann vaginal, nicht als das erstrebenswerthe Ideal, sondern als ein Nothbehelf, mit dem man nur so lange auskommen sollte, bis Besseres an seine Stelle zu setzen ist. Dementsprechend ist es durchaus verständlich, wenn A. Martin in der Discussion über den Olshausen'schen Vortrag äusserte, dass es richtiger sei, wenn schon einmal der Leib in solchen Fällen zum Zweck des Kaiserschnittes geöffnet werden müsse, dann auch die Totalexstirpation von der Bauchhöhle anzuschliessen. Die bislang erreichten Resultate der abdominalen Totalexstirpation sind allerdings nicht glänzende, von 11 Fällen endeten 5 unglücklich, es ist aber nicht zu leugnen, dass sie allmählich bessere geworden sind, und es kann kaum nach den Resultaten der abdominalen Exstirpation myomatöser Uteri einem Zweifel unterliegen, dass eine weitere Besserung möglich ist. Gerade die Schwangerschaft mit der Auflockerung der ganzen Befestigung des Uterus muss das Technische der Operation ungemein viel leichter machen, als beim Myom, und wenn es schon hier gelingt, erhebliche Strecken der oberen Vagina mit fortzunehmen, so muss das am Ende der Gravidität erst recht möglich sein. Wir dürfen also wohl annehmen, dass die radicale Ausrottung des Collumkrebses rein abdominal auch am Ende der Schwangerschaft umso eher gelingen muss, je mehr das Operationsgebiet vor der Infectionsgefahr durch das Carcinom geschützt werden kann. Und diese Voraussetzung trifft wohl zu. Wenn man die Statistiken Cohnstein's und Theilhaber's, vor Allem aber die Casuistik der letzten Jahre durchgeht, so erhellt ohne Weiteres, dass es sich am Ende der Schwangerschaft fast ausschliesslich um Fälle von Portiocarcinom handelt. Es ist das ja auch kaum anders zu erwarten, da ein Cervixcarcinom in der Schwangerschaft frühzeitig den unteren Eipol freilegen und zu Abort oder Frühgeburt führen muss, wenn es nicht etwa erst in den allerletzten Wochen der Gravidität entsteht.

Den operablen Fällen von Portiocarcinom am Ende der Gravidität würde in der Regel wohl mit dem Löffel und Glüheisen in so ausreichendem Maasse beizukommen sein, dass eine Verunreinigung des Operationsgebietes auch bei der abdominalen Exstirpation zu vermeiden wäre. Diese Vorbereitung des Operationsfeldes wird aber gerade bei dem enormen Blutreichthum desselben

*) Nach einem in der Med. Gesellschaft zu Magdeburg am 20. X. 1898 gehaltenen Vortrag.

am Ende der Schwangerschaft schon stark den Charakter einer Voroperation gewinnen, so dass man im Grunde genommen in dieser Weise auch in zwei Acten operirt, nur in umgekehrter Reihenfolge. Auch kann man sich des Eindrucks nicht entschlagen, dass man mit der rein abdominalen Totalexstirpation des hochschwangeren krebskranken Uterus die Sache am verkehrten Ende anfasst, da der Sitz der Erkrankung in der Portio zweifellos den vaginalen Weg weist. Wenn allerdings Jene Recht behielten, welche eine Radicalheilung des Uteruscarcinoms in grösserem Umfange, als ihn die vaginale Totalexstirpation gezeitigt hat, nur von einer ausgedehnten Ausräumung der Parametrien und Exstirpation der Drüsen erhoffen, so würden die Bestrebungen, auch am Ende der Gravidität rein vaginal vorzugehen, hinfällig sein. Bislang ist aber der Beweis noch nicht geliefert, dass die weitere Ausdehnung der Freund'schen Operation, wie sie Riess, Rumpf, Kelly u. A. verfolgen, Besseres leistet und dazu kommt, dass gerade das Carcinom der Portio, mit dem wir es in operablen Fällen am Ende der Schwangerschaft so gut wie ausnahmslos zu thun haben, am allerwenigsten zu solch' riskanten Operationen auffordern kann. Einstweilen werden wir also in der operativen Behandlung des Carcinoms am Ende der Schwangerschaft als das Ideal die rein vaginale Operation mit Recht ansehen dürfen. Darin herrscht auch bereits Uebereinstimmung, dass sie bei todter oder nicht lebensfähiger Frucht die Operation der Wahl sein muss, strittig dagegen ist noch, ob die Rücksicht auf die lebende und lebensfähige Frucht, also etwa von der zweiten Hälfte des 8. Monats ab, sie verbietet. Fritsch, der mit Glück zweimal die abdominale Exstirpation hochschwangerer, carcinomatöser Uteri gemacht hatte und sie auch in dem vorerwähnten Falle beabsichtigte, spricht nach der vaginalen Erledigung desselben die Ansicht aus, dass in Zukunft weder abdominale Totalexstirpationen noch Kaiserschnitt oder Porro mit nachfolgender vaginaler Totalexstirpation beim operablen Carcinom in der vorgeschrittenen Schwangerschaft gemacht werden, sondern, dass die rein vaginale Operation das Feld erringen werde.

Wenn auch die Complication (Uteruscarcinom — Schwangerschaft) keineswegs eine so seltene ist, wie man früher annahm, so sind doch operable Fälle in den beiden letzten Monaten der Schwangerschaft noch rar, einmal weil das Carcinom hier mächtig propagirt, das andere Mal weil die Kranken die Symptome des Zerfalles unbeachtet lassen oder falsch deuten, zuletzt weil die Behandelnden in der Diagnose irren; so habe ich noch vor Kurzem zwei inoperable Fälle im Spätpuerperium gesehen, wo die protrahirte Geburt ärztlich geleitet, die Diagnose aber nicht gestellt worden war. So lange in diesen Dingen keine wesentliche Besserung eintritt, wird das Material, das den Streit, ob rein vaginal, oder rein abdominal oder combinirt operirt werden muss, entscheiden soll, ein geringfügiges sein und jeder neue Fall wird bei der grossen praktischen Bedeutung der ganzen Frage der allgemeinen Würdigung unterbreitet werden müssen.

Der folgende Fall von Portiocarcinom ist der erste, der am Ende der Schwangerschaft bei geschlossener Cervix mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind rein vaginal operirt worden ist.

Frau H., 40 Jahre, VII-Para. Partus und Puerperien normal. Kleine, elende, stark anaemische Person. Letzte Menses stark abgeschwächt, Anfang October 1897. Seit Ende December wässerigblutiger Fluor, seit Mai 1898 wiederholte stärkere Blutungen.

Status praesens: Graviditas ad terminum, Kind in I. Schädellage, Kopf beweglich im Beckeneingang, Herztöne normal. Im Laquear ein stark ulcerirter Blumenkohl von Kleinfaustgrösse, aus der vorderen Lippe hervorragend, M. M. für den Finger zugängig, Cervix noch erhalten, Schleimhaut intact, ebenso hintere Lippe und Parametrien. Becken normal.

Operation am 5. VII. 1898. Nach gründlicher Desinfection wird die erkrankte vordere Lippe nach Circumcision der Vagina mit dem Thermokauter weggebrannt, dabei im Augenblick starke Blutung, die aber sofort bei stärkerem Herabziehen des Uterus steht. Nun wird die Harnblase von der Cervix gelöst und hochgeschoben, was ungemein rasch und leicht geht, die vordere Cervix- und Corpuswand in der Mitte gespalten und mit starken Seidezügeln versehen, die Fruchtblase gesprengt, der sich einstellende Schädel mit dem Forceps gefasst und mit einigen kräftigen Tractionen vor die Vulva befördert. Sofort nach völliger Extraction des 6½ Pfund schweren, 51 cm langen lebenden Kindes wird der Uterus möglichst tief herabgezogen, die Circumcision in der hinteren Vagina vollendet und nun sogleich ohne Rücksicht auf die Placenta die Exstirpation des Uterus begonnen. Sie war ungemein leicht durchzuführen. Als der Uterus ungefähr mit der grössten Circumferenz in die Scheidenöffnung trat, begann die an hinterer Wand und im Fundus sitzende Placenta sich zu lösen; sie wurde leicht nach Credé exprimirt. Die Vollendung der Exstirpation des nicht weiter gespaltenen Uterus bot nichts Bemerkenswerthes; die Operation war ungemein leicht, für Denjenigen, der sich mit der vaginalen Exstirpation grosser Myome beschäftigt, ein Kinderspiel. Der Blutverlust war nur bei der Circumcision des hochblaurothen Gewölbes erheblich, aber auch nur für Momente, sonst sehr geringfügig. Die Mutter genas ganz glatt und erholte sich rasch, das Kind gedieh gut. Von Recidiv ist bislang nichts nachzuweisen.

Alle Phasen dieser Operation spielten sich genau nach dem vorher entworfenen Programm ab; es gab desshalb auch keinerlei Ueberraschungen. Abgesehen von desinficirenden Ausspülungen und Auswaschungen der Vagina fand keinerlei Vorbereitung des Carcinoms zur Operation statt. Ein operables Portiocarcinom wird auch am Ende der Gravidität nicht so hoch gehen, dass nicht die Absetzung der befallenen Region im festen Gewebe möglich wäre und ich glaube, dass das weitaus am besten mit dem Thermokauter oder Glüheisen gelingt. Die Circumcision der Vagina machte ich absichtlich zunächst bogenförmig nur vorn und lateral. Die Oeffnung des Gewölbes wurde dadurch genügend gross, um die Blase von der Cervix abzulösen und diese selbst und die untere Corpuswand hoch genug zu spalten. Die Oeffnung des Uterus wird so in allen Fällen, wo er genügende Beweglichkeit nach unten besitzt, ausreichend für den Durchtritt der Frucht zu machen sein und sollte wirklich der Spalt sich nach oben hin durch Weiterreissen vergrössern, so hat das absolut nichts zu sagen. Man muss nur unbedingt die Wände des Spaltes sich sichern und fest nach unten während der Extraction sowohl, wie besonders sofort nach derselben ziehen lassen. Man wird sich dadurch am besten vor der Blutung schützen; Instrumente sind dazu nicht geeignet, weil sie zuviel Raum wegnehmen, sondern Zügel aus recht dicker Seide, die möglichst hoch und breit in den Rändern des Spalts zu befestigen sind. Ich halte diese Art, den Durchtritt der Frucht zu ermöglichen, von wesentlicher Bedeutung und zwar im Interesse des Kindes, das wir auf keine Weise gefährden dürfen.

Wollten wir durch völlige Circumcision und Absetzung der unteren Parametrien die Cervix zunächst aus ihren Verbindungen lösen, wie wir das von der Totalexstirpation her gewöhnt sind, so würden wir voraussichtlich beide Uterinae abbinden und mit dieser erheblichen Circulationsstörung den Gasaustausch der Frucht schwer schädigen. Gelänge die Extraction dann nicht rasch, so könnte das dem Kinde das Leben kosten. Aber auch im Interesse der Mutter, um Blut zu sparen, wird es richtiger sein, die Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes möglichst lange hinauszuschieben, immer vorausgesetzt, dass das Carcinom vorn sitzt oder dass es auf die hintere Lippe übergreifend oder in derselben primär entstanden, noch ganz auf die Portio beschränkt und so leicht abzutragen ist. Geht dagegen das Carcinom bereits auf das hintere Scheidengewölbe über, so erheischt die präparatorische Absetzung der Portio resp. der hinteren Lippe naturgemäss die hintere Circumcision.

Neben dem Princip, die Eröffnung des Scheidengewölbes zunächst nur in einem dem Bedürfniss entsprechenden Maasse zur Entleerung des Uterus vorzunehmen, weil die durchschnittene Vagina mächtig blutet und weil die praeventive Unterbindung der Uterinae, die allein die Blutung rasch einschränken könnte, sich im Interesse des Kindes nicht empfiehlt, neben dem weiteren Grundsatz, die Eröffnung, wenn irgend möglich, im vorderen Gewölbe vorzunehmen, weil man ohne Ablösung der Blase eine genügende Spaltung des Uterus nicht ausführen kann, soll man meines Erachtens es sich zum weiteren Gesetz machen, nur die vordere Wand des Uterus zu spalten, wenn nicht der Sitz der Placenta dies verbietet. Vorn ist das Operationsgebiet wohl zu übersehen, hinten operirt man, so lange die Frucht noch im Uterus ist, halbwegs im Dunkeln. Die bei frühzeitiger hinterer Circumcision und Spaltung nicht zu umgehende Eröffnung des Douglas posterior wird Gelegenheit geben, dass Scheideninhalt, Fruchtwasser etc. in die Peritonealhöhle überfliessen, was bei vorderer Spaltung unmöglich ist. Die Hauptsache aber ist, dass

die Blutung im hinteren Gewölbe und aus der hinteren Wand schwer zu beherrschen sein dürfte. Erwägt man, dass es sich zumeist um ausgeblutete, kachektische Kranke handelt, denen jeder Tropfen Blut erhalten werden sollte, erwägt man weiter, dass man die Blutung vorn sicher beherrschen kann, dass man auch so gut wie ausnahmslos durch reine vordere Uterusspaltung genügend Raum für den Durchtritt einer ausgetragenen Frucht schafft, zuletzt, dass der Widerstand der Weichtheile bei der Extraction vorn am Stärksten wirkt, am Besten also durch den vorderen Schnitt aufgehoben werden kann, so liegt es auf der Hand, dass man die hintere Spaltung principiell unterlassen, jedenfalls aber, wenn die vordere einmal wirklich nicht genügen sollte, sie nur auf eine Trennung des extraperitonealen Theils beschränken muss. Das Weiterreissen des Schnittes vorn ist nicht so schwer zu nehmen, da man sofort nach der Extraction die Verletzung sich zugängig machen kann, was hinten ohne Umstülpung des Uterus nicht so leicht sein dürfte. Zu meinem Verhalten bezüglich der Placenta übergehend, betone ich zunächst, dass kein ersichtlicher Grund zu einem activeren Vorgehen mir vorzuliegen scheint. Gewiss vergrössert die Placenta den Uterus annähernd um das Doppelte, das stört aber beim Abbinden des Gefässgebietes der Uterinae in keiner Weise. Während man mit der Sicherung der unteren Theile der Parametrien beschäftigt ist, wird sich gewöhnlich die Placenta lösen und durch den weiten Spalt herausschlüpfen, jedenfalls aber, sobald eine Verkleinerung des Uterus nöthig erscheint, mit einigen Credé'schen Expressionen herauszubefördern sein. Dass es bei diesem zuwartenden Verfahren irgend erheblich bluten sollte, ist nicht anzunehmen, wenn man nur den Uterus stark nach unten zieht. Dagegen kann ein actives Vorgehen, die Expression unmittelbar nach Geburt des Kindes, vornehmlich aber die manuelle Lösung der Placenta zu einer erheblichen Blutung führen, denn es ist klar, dass die Einführung der vollen Hand durch den Uterusschlitz nicht gut ohne ein Hochschieben des ganzen Organs zu bewerkstelligen sein wird, wenn man auch noch so sehr an den Zügeln nach unten ziehen lässt. Mit einer geringen Verschiebung des Uterus nach oben wird aber die Wirkung des die Gefässe abknickenden Zuges nach unten aufgehoben, es muss aus der Schnittwunde des Uterus stark bluten. Man wird also im Princip sich der Placenta gegenüber expectativ verhalten; ein actives Vorgehen würde nur dann angezeigt sein, wenn es trotz kräftigen Herabziehens der Gebärmutter erheblich aus dem Cavum bluten sollte, sei es in Folge von Atonie oder einer nur partiellen Lösung oder einer bei der Spaltung der Uteruswand gesetzten Verletzung der Nachgeburt. Die Spaltung der Gebärmutter zu einer totalen weiterzuführen, wie das Seiffart that, erscheint überflüssig; bei normalen Weichtheilen wird es jedesmal unschwer gelingen, auch den frischentbundenen Uterus in toto zu exstirpiren; aus dem gleichen Grunde wird sich auch jede Zerstückelung umgehen lassen. Eine provisorische Naht des Spaltes ist selbstverständlich bei Retention der Placenta zu unterlassen; will man nach Entfernung derselben den Spalt schliessen, so kann das durch einige Muzeux'sche Zangen, noch einfacher durch das Knüpfen der Zügel geschehen. Auch beim Offenlassen des Spaltes hat man eine stärkere Blutung nicht zu fürchten, wenn man nur den Uterus stark nach unten ziehen lässt. (Schluss folgt.)

Aus der Königl. Frauenklinik zu Kiel.

Zur Hygiene der ersten Lebenstage.

Von Dr. *Hans Fuchs*, Assistenzarzt der Klinik.

Der Versuch, bestimmte Erkrankungen des Neugeborenen auf das Schuldconto der Hebammen zu setzen, ist schon zu wiederholten Malen gemacht worden. Ich erinnere nur an die Ausführungen Dohrn's*), der eine Pemphigusepidemie auf derbe Manipulationen einer Hebamme (gelegentlich der ersten Hautreinigung) zurückführt, sowie an die Auffassung des Tetanus neonatorum als Effect zu heisser Bäder (Keber[1]).

Einen neuen Schritt in dieser Richtung bedeutet eine Arbeit von W. Gessner[2]), der bestrebt ist, die Aetiologie des so häufigen Ikterus neonatorum auf die rauhen Hände der Hebammen zurückzuführen. G. geht dabei von der Annahme aus, dass bei der Hautreinigung post partum durch unzartes Frottiren der Haut seitens der Hebammen meist multiple Haemorrhagien in Cutis und Subcutis entstünden.

Diese anatomisch übrigens noch nicht bewiesenen Haemorrhagien hält Gessner nun nicht nur für den Ausgangspunkt des Ikterus und des Harnsäureinfarctes der Neugeborenen, sondern glaubt in ihnen die Quelle für nahezu sämmtliche schwere Erkrankungen der ersten Lebenstage gefunden zu haben.

Ueber letzteren Punkt darf man, glaube ich, zur Tagesordnung übergehen, während ich den Erklärungsversuch des Ikterus, den Gessner nicht ohne Geschick durchführt, immerhin für discutabel halte.

Zugegeben, dass gelegentlich bei energischer Abreibung des Integuments capillare Haemorrhagien aus den zarten kindlichen Blutgefässen eintreten können, so ist theoretisch die Möglichkeit eines hierdurch begründeten Ikterus wohl nicht ganz von der Hand zu weisen. Allerdings scheint Gessner (S. 6, Zeile 9—13) anzunehmen, dass das Bilirubin sich aus den extravasirten rothen Blutkörperchen in loco bilde und ebenda eine echte Ikterusfärbung der Gewebe veranlasse. Diese Annahme aber scheint mir wenig begründet, zumal es noch nicht einmal feststeht, ob selbst im kreisenden, also oxydationsfähigen Blute die Entstehung des Bilirubins aus freigewordenem Blutfarbstoff möglich sei, ob nicht vielmehr die Leber als ausschliessliche Bildungsstätte desselben angenommen werden muss.

Nach Hofmeier's[3]) Blut- und Stoffwechseluntersuchungen ist es in hohem Grade wahrscheinlich geworden, dass der Ikterus neonatorum weder als rein «haematogen» noch als rein «hepatogen» zu erklären ist, dass vielmehr der nachgewiesenermaassen reichliche Untergang rother Blutkörper zu einer polycholischen Thätigkeit der Leber und damit zum Uebertritt von Galle in's Blut führt.

Wie freilich dieser letztere auf dem Boden der Polycholie entstehen kann, darauf bleibt Hofmeier die Antwort schuldig. Angenommen, dass allein durch einen Ueberschuss an producirter Galle der Uebertritt eines Theils derselben in's Blut erklärbar wäre, so blieben immer noch die häufigen Fälle dunkel, in denen bei deutlicher ikterischer Hautfärbung die Leber nicht gallig imbibirt erscheint. Diese Lücke in Hofmeier's Beweisführung scheint mir nun durch die Ansicht Quincke's[4]) in sehr plausibler Weise ausgefüllt zu sein, die ich in der Ikterusliteratur erst in neuerer Zeit genügend berücksichtigt finde. Quincke legt für die Erklärung des Zustandekommens der Gelbsucht Neugeborener mit Recht grosses Gewicht auf das relativ lange Offenbleiben des Ductus venos. Arantii, der einen Theil der im Pfortaderbereich reabsorbirten fertigen Meconiumgalle mit Umgehung der Leber direct in's Blut (V. cava) führt. Vielleicht sind die leichteren Grade des Ikterus neonatorum sämmtlich durch das erwähnte Offenbleiben des Duct. venos. Arantii zu erklären, indem durch die reabsorbirten Gallenbestandtheile, wie Quincke hervorhebt, der wiederum cholagogisch wirkenden Auflösung rother Blutkörper Vorschub geleistet wird. Immerhin wird man angesichts der auffallenden Coincidenz des Ikterus mit den sonstigen Erscheinungen des darniederliegenden Stoffwechsels (Gewichtsabnahme, Harnsäureinfarct, Eiweissausscheidung) die Erklärung Hofmeier's nicht entbehren können, der den Zerfall rother Blutkörper, also von Circulationseiweiss in den ersten Lebenstagen, als Grundursache des Ikterus ansieht.

Die Beweisgründe, die Gessner für seine Theorie beibringt, sind lediglich speculativer Natur, Experimentalthatsachen führt er nicht an. Desshalb lag es nahe, durch ein einfaches Experiment seine schon theoretisch recht gewagt erscheinende Ansicht über die Entstehung des Ikterus zu widerlegen. Ueberdies erschien es zugleich gegeben, bei einer Anzahl Neugeborener den weiteren

*) Arch. f. Gyn. Bd. X. 1876. S. 589 und Bd. XI. S. 567.
[1]) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 31. 1868. S. 433 und Bd. 33. 1869. S. 66.
[2]) Halle a. S. Buchdruckerei des Waisenhauses 1898.
[3]) Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. VIII. 1882.
[4]) Arch. f. exper. Path. u. Pharmak. Bd. 13.

Einfluss einer Behandlung zu prüfen, die das Kind in den ersten Lebenstagen gewissermaassen ganz sich selbst überliess.

Wir unterliessen also bei 15 Kindern, die sämmtlich spontan und am normalen Ende der Schwangerschaft mit allen Zeichen der Reife geboren waren, sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa, als auch das tägliche Bad. Es zeigte sich nun, dass nur bei 4 Kindern der Ikterus ausblieb, bei den übrigen 11 (73,3 Proc.) aber deutlich in die Erscheinung trat. Bemerken möchte ich hier, dass ich auch bei den leichteren Graden des Ikterus stets eine, wenn auch schwache Gelbfärbung der Conjunctiven beobachten konnte, die bei hellem Tageslicht und dem Vergleich mit nicht ikterischen Kindern deutlich hervortrat.

Der chemische Nachweis des Bilirubins im Harn ist mir nur in einem Falle mit der anscheinend sehr empfindlichen Rosinschen [5]) Jodtincturprobe gelungen. Wohl aber konnte ich aus den 8 Urinproben der ikterischen Kinder, die ich am 2. bis 3. Tage per Katheter erhielt, in 5 Fällen das für Ikterus charakteristische gelbe Pigment nachweisen, das meist an den krystallinischen Harnsäureniederschlägen, gelegentlich auch an Harnsäurecylindern in Form von kleinen Plättchen und Schollen haftete.

Dass auch die Bildung des harnsauren Infarctes nicht im mindesten Zusammenhang mit arteficiellen Haemorrhagien bei der Hautreinigung steht, erhellt aus der Thatsache, dass ich in den von 11 der beobachteten Kinder gewonnenen Urinproben 8 mal den Nachweis von Harnsäuresediment führen konnte, das sich meist in Form von krystallinischen Gebilden, seltener in Form von Cylindern vorfand.

Bezüglich des Körpergewichts verhielten sich die beobachteten Kinder folgendermaassen: bei einem anfänglichen Durchschnittsgewicht von 3263 g betrug der durchschnittliche maximale Gewichtsverlust in den ersten 2—3 Tagen 225 g, mithin 1/14,5 des Anfangsgewichtes, ein Werth, der in den Grenzen des Physiologischen liegt.

Die Erscheinung der Gewichtsabnahme der Neugeborenen, die in der Säugethierreihe ohne Beispiel dasteht, scheint — beiläufig erwähnt — mit der Entfernung der den kindlichen Körper deckenden Fettschicht [6]) nichts zu thun zu haben.

Für die Annahme, den Gewichtsverlust als Ausdruck einer besonders gesteigerten Wärmeabgabe anzusehen, spricht nichts. Die Kinder, bei denen man (wie in unserer Versuchsreihe) die Wärmeabgabe auf das geringste Maass reducirte, zeigten bezüglich des Gewichts ganz das gewöhnliche Verhalten.

Um meine Resultate zu controliren, habe ich den Versuch, Hautreinigung und Bad fortzulassen, noch einmal in letzter Zeit wiederholt und dabei so verfahren, dass ich abwechselnd ein Kind nach der Geburt abreiben und täglich baden liess und dem folgenden diese Proceduren vorenthielt. Sämmtliche 34 Kinder waren, wie die (15) der ersten Reihe, spontan mit allen Zeichen der Reife geboren.

Von den 17 nicht abgeriebenen und nicht gebadeten Kindern wurden 9 = 53 Proc., von den andereren 17 wurden 11 = 64 Proc. ikterisch.

Für die Neigung zur Gelbsucht schien also die Behandlung der Haut ohne Einfluss zu sein.

Die Gewichtsverhältnisse gestalteten sich folgermaassen: Bei den 17 Nichtgebadeten betrug bei einem durchschnittlichen Anfangsgewicht von 3235 g der maximale Gewichtsverlust (in den ersten Tagen) 281 g = 1/11,5 des Anfangsgewichtes. Dabei hatten 52,8 Proc. der Kinder ihr Anfangsgewicht bis incl. 10. Tag erreicht, 47 Proc. hatten dasselbe nicht erreicht, bezw. waren unter dasselbe heruntergegangen.

Bei den 17 Gebadeten betrug bei durchschnittlichem Anfangsgewicht von 3384 g der maximale Gewichtsverlust 210,5 g, mithin nur 1/16 des Anfangsgewichts. Dabei hatten 64,6 Proc. ihr Anfangsgewicht bis incl. 10. Tag erreicht, 35,2 Proc. waren darunter geblieben.

Einen Unterschied in der Mumificirung des Nabelstrangrestes bei gebadeten und nicht gebadeten Kindern habe ich nicht feststellen können. Dieselbe erfolgte durchschnittlich bis zum 3. Tage glatt unter dem bei uns üblichen Verbande mit sterilisirten Nabelläppchen. Anders aber verhielt es sich mit der Abstossung des Strangrestes vom Nabelgrunde. Schon bei der früheren Untersuchungsreihe fand sich, dass nur 53 Proc. der Kinder den Strangrest bis incl. 7. Tag abgestossen hatten gegen nahezu 80 Proc. der gebadeten Säuglinge, wie sich mir aus längerer Beobachtung ergeben hat. Bei der Controlversuchsreihe aus letzter Zeit ergaben sich noch ungünstigere Verhältnisse, indem von den 17 ungebadeten Kindern nur 23,5 Proc. den Schnurrest bis incl. 7. Tag eliminirt hatten, gegen 64,7 Proc. bei den Gebadeten.

Gröbere Störungen der Nabelwundheilung wurden vermisst, doch fand sich bei 2 (der Ungebadeten) schmierig-gelblicher Belag des Nabelgrundes mit Temperatursteigerungen über 39° (in recto). Bei 7 der nicht gebadeten Säuglinge fanden sich Temperatursteigerungen über 38,5°, bei den gebadeten nur in 2 Fällen. Von den 7 ungebadeten, fiebernden Kindern lagen 5 zu gleicher Zeit in derselben Baracke, in der 3 gebadete Kinder vom Fieber verschont blieben.

Der Vorschlag, das Baden der Kinder als Infectionsquelle auszuschalten, ist zuerst von Doctor [7]) gemacht, später von Keilmann [8]) u. A. wieder aufgenommen worden. Beide haben an einem grossen Material den Nachweis zu erbringen versucht, dass der Fortfall des Bades sowohl die Gewichtsverhältnisse günstig beeinflusse, als auch glattere Nabelwundheilung und Verminderung der Fieberfälle garantire. Dem stehen gegentheilige Beobachtungen aus der Hallenser Frauenklinik [Anthes [9]), Schradler [10])] gegenüber, die gleichfalls aus grösseren Zahlenreihen gewonnen sind. Obwohl ich selbst nur an einer relativ kleinen Zahl von Kindern Versuche anstellte, möchte ich denselben doch ein gewisses Gewicht beilegen, da ich in 2 verschiedenen Beobachtungsetappen beide Male annähernd gleiche Resultate zu verzeichnen hatte. Auf die Gewichtsverhältnisse, nach denen die ungebadeten Kinder zum Mindesten gegen die gebadeten nicht im Vortheil zu sein scheinen, möchte ich keinen grossen Nachdruck legen, da hier individuelle Schwankungen eine zu grosse Rolle spielen. Grössere Bedeutung möchte ich indessen der verspäteten Abstossung des Nabelschnurrestes beilegen, wie sie bei den ungebadeten Kindern (sowohl der ersten Versuchsreihe als auch der Controlreihe) deutlich in die Erscheinung trat. Seitdem Epstein [11]) experimentell bewiesen hat, dass die Resorption toxischer Substanzen vom Nabel aus bei nicht völlig gelöstem Strange viel intensiver ist als nach Abfall desselben, seitdem ferner Runge [12]) gerade die schwersten septischen Allgemeininfectionen bei noch nicht völlig gelöstem Strangrest eintreten sah, haben wir Ursache, Alles auszuschalten, was eine, wenn auch nur geringe Verzögerung der Granulationsbildung am Nabelgrunde herbeiführen kann.

Wie wenig bei einem aseptisch geschulten Personal und bei ausschliesslicher Verwendung sterilisirter Nabelbinden und Bettwäsche das Badewasser als Infectionsquelle zu fürchten ist, beweisen unsere Erfahrungen. Ich erlebte während einer 10monatlichen Thätigkeit als Arzt der Wöchnerinnenbaracken (also bei etwa 250 Neugeborenen) nicht einen einzigen Fall ernstlicher Nabelwundinfection. Auch Störungen in der Granulationsbildung am Nabelgrunde gehörten zu den grössten Seltenheiten.

Ohne also einen schädigenden Einfluss des Bades anerkennen zu können, erblicke ich vielmehr in demselben einen wichtigen hygienischen Factor. Die Wasserverarmung der Gewebe, die sich beim Neugeborenen in den ersten Lebenstagen oft durch eine eigenthümlich welke, faltige Beschaffenheit des Integuments bemerkbar macht, wird zweifellos durch das tägliche Bad gemildert, auch werden Schlaf und Nahrungsaufnahme sicher in günstigem Sinne beeinflusst.

Den Ikterus neonatorum aber, sowie die übrigen Symptome eines darniederliegenden Stoffwechsels wird man, ohne auf ge-

[5]) Wien. klin. Wochenschr. 1898. No. 11.

[6]) Uebrigens sei hier erwähnt, dass fast stets nach 24 Stunden die Vernix bis auf Spuren in Achselhöhle und Inguinalbeugen verschwunden war.

[7]) Arch. f. Gyn. Bd. 45, Heft III.

[8]) Deutsch. med. Wochenschr. 1895, No. 22.

[9]) Inaug.-Diss. Halle 1896.

[10]) Berl. klin. Wochenschr. 1898.

[11]) Med. Wandervorträge 1888, Heft 3.

[12]) Krankheiten der ersten Lebenstage.

künstelte Erklärungen zu verfallen, fortfahren, aufzufassen als den physiologischen Ausdruck der eingreifenden Veränderungen, die die Function sämmtlicher Organsysteme in den ersten Lebenstagen erleidet.

Für die freundliche Ueberlassung des Materials sage ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Werth, meinen be-ten Dank.

Aus dem pathologischen Institut der kgl. Universitäts-Frauenklinik Berlin.

Zur Histiologie und Histiogenese der papillären Kystome des Eierstocks.

Von Dr. med. *Albert Uffenheimer.*

Zu einer Zeit, als die glandulären Ovarialkystome schon nach allen Richtungen hin untersucht waren, hatten nur wenige Autoren genauere Beschreibungen von papillären Cystengeschwülsten des Eierstocks gegeben. Die erste derartige Arbeit wurde von Spiegelberg im Jahre 1859 veröffentlicht, weitere Beschreibungen erfolgten in den nächsten 10 Jahren von Wilson Fox, Böttcher und Mayweg. Aber erst Waldeyer war es, der auf Grund seiner Untersuchungen das Kystoma proliferum papillare dem Kystoma proliferum glandulare vollständig gleichstellte, indem er diese beiden Geschwulstgattungen für die Unterarten der von ihm in die Nomenclatur eingeführten Myxoidkystome erklärte.

Olshausen ging noch weiter, indem er den «papillären Kystomen» eine Sonderstellung anwies, wozu ihn hauptsächlich das Auftreten von Flimmerepithelien bei den ausgesprochen papillären Kystomen bewog. Ausserdem gab er als charakteristisch für diese Geschwulstgattung ihre häufige Doppelseitigkeit, den meist intraligamentären Sitz und ihr langsames Wachsthum an.

Olhausen glaubte auch gerade wegen des auffallenden Befundes von Flimmerepithel als Ursprungsort dieser Papillome das Parovarium bezeichnen zu dürfen, womit er also die Cysten dieses Organs und die papillären Kystome des Eierstocks vollständig gleichstellte.

Ihm trat Marchand gegenüber, der die Entwickelung der papillären Kystome aus dem Parovarium verwarf und sie auf Elemente des Eierstockes, nämlich auf die Granulosazellen der Graaf'schen Follikel, zurückführte. Er war es auch, der den Polymorphismus der Epithelzellen sowie das Vorkommen der Psammomkörperchen für eine weitere charakteristische Eigenschaft der Papillome erklärte.

Der von Olshausen ausgesprochenen Anschauung von der Abstammung der Ovarialpapillome aus dem Parovarium trat Fischel zunächst bei, modificirte sie aber in ganz bedeutender Weise. Kölliker leitete nämlich beim Hunde-Eierstock die Herkunft der Granulosazellen vom Wolff'schen Körper ab. Indem nun Fischel, was Kölliker selbst nie zu behaupten wagte, diese Verhältnisse auf den Menschen übertrug, kam er zur Ansicht, dass die papillären Flimmergeschwülste des Eierstockes von dem parovariellen Element dieses Organs, nämlich von den Granulosazellen abzuleiten seien.

Dieselbe Ansicht vertrat v. Velits, indem er die «Flimmerpapillärkystome» (die er streng von den «papillären Kystomen» schied) vom Graaf'schen Follikel ableitete.

Ihnen hat die Untersuchung Steffecks' wenigstens insoweit Recht gegeben, als dieser mit Sicherheit nachwies, dass die Epithelien der Graaf'schen Follikel proliferationsfähig sind.

Seine Untersuchungen sind jedoch nur an glandulären, nie an papillären Kystomen angestellt.

Doran, Kossmann und Williams glaubten den Ursprungsort der Flimmerkystome ausserhalb des Ovariums suchen zu müssen, indem sie annahmen, dass dieselben vom Epithel der Fimbria ovarica abstammen.

Erst Flaischlen war es, der wieder auf Marchand's Anschauungen zurückkam, indem er die Entstehung der «multiloculären Flimmerepithelkystome» auf Elemente des Ovariums selbst bezog; und zwar geht dieselbe nach seiner Ansicht nicht von Graaf'schen Follikeln aus, sondern von Schläuchen, welche mit Cylinder- bezw. Flimmerepithel ausgekleidet, durch Wucherung des Keimepithels entstanden sind.

Schon vor ihm hatten Malassez und de Sinéty die gleiche Beobachtung gemacht, und die meisten ferneren Untersucher waren der nämlichen Ansicht.

Da es aber bis heute noch nicht zu einer Uebereinstimmung der Anschauungen in diesen Punkten gekommen ist, so sind neue, gewissenhaft ausgeführte Untersuchungen über diesen Gegenstand wohl am Platze. Wenn nun die vorliegende Arbeit naturgemäss nur Lückenhaftes bieten kann, so hoffe ich doch, durch sie wenigstens Einiges zu einer festeren Begründung der Anschauungen über die Genese der papillären Ovarialkystome beitragen zu können.

Die Untersuchungen wurden vor 10 Monaten in der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin begonnen, mit einem seit 10 bis 15 Jahren in absolutem Alkohol conservirten Material.

Zunächst machte die technische Seite der Arbeit ziemliche Schwierigkeiten. Denn die Tumoren waren fast alle gleich nach der Exstirpation in absoluten Alkohol gelegt worden, und in dieser langen Reihe von Jahren darin verblieben. Dies brachte den einen Uebelstand mit sich, dass jede Beurtheilung über die ehemalige Farbe der Geschwülste, sowie über die Art des Cysteninhalts vollständig unmöglich war; und dann waren die Präparate von einer solchen Härte, dass es erst nach langen Versuchen, durch die manches schätzenswerthe Material der Untersuchung entzogen wurde, gelang, vollständige Serien herzustellen, und zwar war ich genöthigt, die Präparate vor ihrer Weiterbehandlung durch dreitägiges Einlegen in Pikrinsäure zu entkalken.

Gleich von Anfang an war ich überzeugt, und durch die vorzügliche Arbeit Steffeck's in dieser Anschauung bestärkt worden, dass nur auf Grund von Serienschnitten es gelingen könnte, ein vollgiltiges Urtheil über die untersuchten Stücke zu fassen. Nur auf diese Weise konnten Täuschungen, wie sie manchen Autoren untergelaufen waren, vermieden werden.

Als die beste Methode stellte sich die Paraffineinbettung heraus, der bei fast allen Präparaten eine Durchfärbung mit Paracarmin vorausging, nach der von Amann in seinem Lehrbuch gegebenen Vorschrift. Nur eine einzige Serie wurde im Schnitt mit Haematoxylin gefärbt.

I. Papilläres Kystom.

Grosser cystischer Tumor mit ziemlich dicker Wandung. Papillen sind noch nicht nach aussen durchgebrochen. Eine Hauptcyste, wenig kleine Nebencystchen. Die Innenseite der grossen Cyste ist fast vollständig von kleinen Papillchen ausgekleidet.

Da die Journalnummer zu diesem Tumor leider verloren gegangen war, so konnte ich die dazu gehörige Krankengeschichte nicht finden.

Genauer untersucht wurde eine Stelle in der Nähe der Tube, von der anzunehmen war, dass sie noch Reste des Eierstocks enthalte.

Es finden sich eine Anzahl Corpora albicantia, von Follikeln ist nirgends mehr eine Spur zu entdecken. Besonders fällt die ausserordentliche Vascularisation auf, die sich überall in den Präparaten findet.

An einer Stelle eine nicht ausgedehnte Haemorrhagie. Die kleineren Cysten sind ohne Epithelbekleidung und haben einen krümligen Inhalt, die Cystenwand zeichnet sich lediglich durch eine hellere Tingirung von dem umgebenden Gewebe aus.

Ihr Ansehen stimmt vollständig überein mit dem der Corpus luteum-Cysten, wie sie von Nagel beschrieben worden sind.

Die grösste in den Schnitten befindliche Cyste ist von Epithel ausgekleidet, das jedoch nur an wenigen Stellen einfach ist. Meist ist es in reichlicher Wucherung begriffen, und zwar ist an den gewucherten Stellen schon deutlich die Papillenform zu erkennen. Man hat ordentlich den Eindruck, dass die epithelialen Zellen, die durch irgend einen Anstoss zu so reichlicher Wucherung veranlasst wurden, sich aus der glatten Cystenwand heraus in die Höhe strecken, da ihnen durch den begrenzten Raum die Möglichkeit genommen ist, sich der Breite nach weiter zu entwickeln.

Eine ähnliche Abbildung hat Amann in seinem bereits erwähnten Buche gegeben.

Nur an wenigen Stellen sind active Einsenkungen nach der Tiefe zu wahrzunehmen.

Auffallend ist in diesem Präparat, wie in allen weiteren von mir untersuchten Tumoren, dass die Gefässe in hyaliner Entartung begriffen sind.

Da es sich der Grösse nach um einen alten Tumor handelte, bei dem man wenig Anfangsstadien der Papillenbildung erwarten konnte (und um solche handelt es sich ja in der Hauptsache für diese Arbeit), so wurde der Tumor nicht weiter untersucht.

II. Oberflächenpapillom mit Fibrombildung.

Der zweite, sehr genau untersuchte Tumor hatte etwa die doppelte Grösse eines normalen Eierstocks. Er war zunächst in Müller'scher Flüssigkeit fixirt und erst dann in absolutem Alkohol aufbewahrt worden.

Seine Oberfläche zeigte allerseits rundliche Hervorwölbungen; diese entsprachen ebensovielen Cysten, welche meist nur eine dünne Wandung hatten, so dass man den Cysteninhalt deutlich durchschimmern sah. Einige der Höcker hatten stark sehnigen Glanz und gaben ganz den Anschein solider kleiner Tumoren, beim Durchschneiden stellte sich jedoch heraus, dass es sich ebenfalls um Cysten mit etwas dickerer Wand handelte. Ihr Inhalt war vom Alkohol coagulirt.

An einer Stelle fand sich eine in einem Krater liegende Erhöhung, fast dicht daneben ein kreisförmiger, 3—4 mm im Durchmesser zählender Herd kleinster Papillchen. In der Nähe zeigten sich einige stecknadelkopfgrosse derbere Erhebungen.

An einer anderen Stelle fand sich eine etwas fetzig[1]) aussehende Verdickung der sonst intacten Oberfläche.

Das Ovarium wurde in kleine Stückchen zertheilt, welche dann in Serien zerlegt wurden. Dieselben haben ein durchaus verschiedenes Aussehen, je nach der Gegend des Eierstocks, aus der sie genommen sind. Fast überall finden sich kleine Corpora albicantia und Corpora lutea, die in Organisation begriffen sind. Ferner sind einige grosse gelbe Körper und Follikel in allen Stadien zu sehen, von kleinsten Primordialfollikeln bis zu erbsengrossen Bläschen. Manche derselben enthalten noch das Eichen, das aber bei einigen in hyaliner Degeneration begriffen ist.

Es zeigen sich durch den ganzen Eierstock vertheilt mikroskopisch kleine bis etwa stecknadelkopfgrosse Cystchen. Dieselben stehen untereinander durch Schläuche in Verbindung. Manche der Cysten beginnen direct unter der Oberfläche des Eierstocks, doch ist selten ein Zusammenhang mit der Oberfläche selbst zu sehen.

An einer Stelle finden sich grobe oberflächliche Papillen in geringer Anzahl, die aus derbem Bindegewebe bestehen und nur von einem einschichtigen Epithel bedeckt sind. Sie entsprechen den beim makroskopischen Befund geschilderten «stecknadelkopfgrossen derberen Erhebungen».

Derartige niedrige plumpe warzenähnliche Vorsprünge, welche sich nicht baumförmig verästeln, in der Regel nur von beschränkter Ausdehnung sind, beschreibt Pfannenstiel beim Kystoma serosum papillare für das Cysteninnere. Es handelt sich hier sicher um kleine Fibrome, die aber hier der Oberfläche aufsitzen. Ganz in ihrer Nähe befinden sich, ebenfalls an der Oberfläche des Eierstocks, kleinste Erhebungen, die ausschliesslich epithelialer Natur sind.

Frommel sagt von diesen Papillchen: «An einzelnen Stellen der Eierstocksoberfläche senkt sich das Keimepithel des Ovariums in Form grubenartiger Einsenkungen, welche auf dem einzelnen Schnitt als drüsenartige Schläuche imponiren, in die Tiefe des Ovarialstromas ein. Diese Epitheleinsenkungen haben die Tendenz, in ihrer ganzen Ausdehnung wieder neue seitliche Ausbuchtungen resp. Einsenkungen zu produciren, zwischen welchen sich dann das Ovarialstroma in Form papillärer Wärzchen erhebt, welch' letztere also aus dem Gewebe des Ovariums mit dem charakteristischen Epithel der Einsenkung bestehen und hier noch spärlich vascularisirt sind. Im ganzen Bereich dieser epithelialen Neubildungen trägt das einschichtige Cylinderepithel einen deutlichen Cilienbesatz.»

Zunächst muss ich nun constatiren, dass bei diesem Tumor nirgends Flimmerepithel bemerkt werden konnte, und dann muss ich gestehen, dass die Configuration dieser epithelialen Wärzchen doch durchaus den Eindruck macht, als ob es sich hier um active Erhebungen handle.

Es liegt hier in höherem Grade dasselbe vor, was ich bei Tumor I an einer Stelle fand, und da konnte die enorme Ansammlung von gewuchertem Epithel Niemanden auf den Gedanken kommen lassen, es sei eine primäre vielfache Einsenkung in die Tiefe vorhanden.

Neben den Papillchen gehen auch im vorliegenden Fall einige Schläuche in die Tiefe, aber gerade dieser Umstand ist geeignet, dem Vergleichenden zu beweisen, dass die daneben befindlichen papillären Erhebungen keiner primären Epitheleinsenkung das Dasein verdanken.

[1]) Es sah aus, als ob an dieser Stelle eine geringe Adhäsion mit einem Nachbarorgan vorhanden gewesen wäre, die bei der Operation gelöst wurde. Leider war auch hier die dem Präparate anhängende Journalnummer verloren gegangen, so dass ich weder Kranken- noch Operationsgeschichte geben kann.

Dass es sich in dem vorliegenden Fall wirklich um ein Oberflächenpapillom handeln muss, geht daraus hervor, dass sich im Innern des Eierstocks weder makroskopisch noch mikroskopisch Papillen fanden. Nur in einer kleinen Cyste war eine einzige derbe Erhebung, die nicht gut als Papille angesprochen werden konnte. Sie trug ein stark abgeflachtes Cylinderepithel und wurde fast vollständig von einem Psammonkörperchen ausgefüllt.

Auf keinen Fall kann man von einem Durchbruch von Papillen nach aussen reden, und dass es sich nicht etwa um passive Einziehungen der Eierstocksoberfläche nach überstandenen oophoritischen Processen handelt, ist schon makroskopisch wahrzunehmen.

Frommel fand in dem von ihm veröffentlichten Fall nur zweimal «Psammonkörperchen». Er wundert sich nicht über diese Seltenheit, sondern führt sie auf den «jugendlichen Zustand der epithelialen Bildungen» zurück. Trotzdem es sich nun in dem vorliegenden Fall offenbar um ein ganz junges Stadium handelt (die Papillchen sind noch nicht einmal stecknadelkopfgross und nur auf einen ganz kleinen Umkreis beschränkt), finden sich in dem Tumor massenhaft Psammomkörperchen. Kaum hat sich irgendwo eine Epithelvermehrung gezeigt, so sind auch schon die Körperchen vorhanden. Es handelt sich hier also um eine für die Geschwulstgattung charakteristische Erscheinung, wie dies schon Marchand und Flaischlen hervorheben. Vor ihnen hatte schon Lebert aus verkalkenden Alveolarwänden concentrische Körper beschrieben; auch Spiegelberg und nach ihm Luschka, Beigel und Brodowski erwähnten dieselben ebenfalls.

Olshausen glaubte nun von diesen Körperchen, sie seien das Zeichen einer «regressiven Metamorphose», auch Leopold sprach sich in gleichem Sinne aus, und Förster sagt in seiner «allg. Pathologie»: «Die Verkalkung tritt nur in Geweben ein, deren Ernährungsverhältnisse wesentlich verändert und die dem gewöhnlichen Stoffwechsel entzogen sind.» Man müsste also diese Kalkbildungen darnach etwa in Parallele stellen mit den Hornperlen, die bei gewissen Carcinomen sich in Punkten der schlechtesten Ernährung bilden. Und wirklich sind auch solche «Psammocarcinome» beschrieben, so von Flaischlen, ja Kaufmann gibt in seinem Lehrbuch eine Abbildung, die ein geschichtetes Psammomkörperchen in der Mitte eines Krebszapfens darstellt. So sehr dies auch für eine Entstehung der Psammome durch regressive Metamorphose spricht, so soll doch hier ausdrücklich nochmals betont werden, dass sie sich schon in den frühesten Stadien der papillären Entartung vorfinden.

Auf einen Umstand möchte ich hier allerdings aufmerksam machen, der mir bald auffiel. In all den untersuchten Papillomen waren die Gefässe bald mehr bald weniger stark hyalin entartet. Es wäre nun nicht unmöglich, dass dieser Umstand in gewissen Beziehungen zu der Bildung der Psammomkörperchen stünde, dass vielleicht die degenerirte Gefässwand eine Prädisposition für ihre Entstehung schaffe.

Die Psammomkörperchen sehen nicht alle gleichmässig aus, ich fand in den untersuchten Tumoren drei verschiedene Arten derselben.

Die eine zeigt die bekannte concentrische Schichtung, meist ist der Kern des Körperchens etwas heller gefärbt als sein äusserer Theil, manchmal ist es auch umgekehrt. Sie haben etwa das Aussehen der Prostata-Amyloide, die Virchow schon in der ersten Auflage der Cellularpathologie abbildete. Manchmal findet man ein Centrum, manchesmal zwei und mehrere. Die Gestalt ist oft fast vollständig kreisrund, oft auch eiförmig oder ganz unregelmässig.

Die zweite Sorte unterscheidet sich von der ersten schon durch die Art, wie sie sich mit Farben tingirt. Ihr Aussehen ist maulbeerförmig; wenn man sie unter dem Mikroskop sieht, hat man den Eindruck, als ob unregelmässig geformte Sandkörnchen auf den Schnitten lägen. Manche Autoren haben nur diese eine Art von Psammomkörperchen abgebildet.

Was nun die dritte Form derselben betrifft, so ist sie eine weniger abgegrenzte, ganze Strecken umfassende Art von De-

generation, und ich werde bei der Beschreibung der folgenden Tumoren Gelegenheit haben, sie zu besprechen.

Eine weitere Form der Psammomkörperchen erwähnt v. Velits. Er will nämlich solche ausser in der Form der charakteristischen concentrisch geschichteten Scheiben oder Kügelchen in der Gestalt kleiner glitzernder Körnchen, Plättchen oder Schuppen gesehen haben.

Was die Localisation der Psammomkörperchen betrifft, so verlegte Marchand, der zuerst auf ihr constantes Vorkommen hinwies, ihren Sitz in die bindegewebigen Theile der Geschwulst, auch Flaischlen fand sie hauptsächlich im Stroma; Fischel dagegen sah sie nur im Verlaufe der grösseren Zottenbäumchen. Ich muss nun sagen, dass ich sie immer im Epithel fand. Schien es ja ein oder das andere Mal, als ob sie im bindegewebigen Stroma lägen, so liess sich auf Reihenschnitten immer beweisen, dass sie schliesslich stets mit Epithelien in Zusammenhang standen. Und damit komme ich auf ihre Entstehung, über die bis jetzt (für die papillären Kystome wenigstens) eigentlich Niemand nähere Angaben gemacht hat.

Ich konnte oft sehen, dass ein Epithelhaufen, der einige Schnitte vorher noch normales Aussehen hatte, plötzlich zu verschollen begann, doch so, dass die Zellkerne noch zu erkennen waren; wieder einige Schnitte später war er vollständig in eines der Corpora arenacea umgewandelt. Es ist also wohl sicher, dass die Psammomkörperchen rein epithelialer Abstammung sind, für eingedickte Secretklümpchen (Nagel) können sie wohl nirgends angesehen werden.

Ausser den beschriebenen kleinen Fibromen und den Papillen an der Oberfläche des Eierstocks fand ich noch an einer Stelle kleine bindegewebige Hervorragungen, ohne jeden epithelialen Ueberzug. Hier ist sicher das leicht zu beschädigende Epithel durch die Behandlung abgefallen.

Sie erinnerten mich an die von Pfannenstiel beschriebenen bindegewebigen Wärzchen, die dieser an der Innenfläche von Cysten fand. Dieselben bestanden aus einem äusserst zell- und gefässarmen Bindegewebe und waren mit dem gleichen niedrigen Deckepithel überzogen, wie die Cystenwand. Pfannenstiel fasst diese Gebilde als secundär bei längerem Bestehen auf (wie etwa Zottenbildungen bei Hydrocele oder an der Synovia). Im vorliegenden Fall kann wohl an nichts derartiges gedacht werden.

Dass es sich bei den kleinen Cystchen, die dicht unter der Oberfläche gelegen waren, nicht um Follikel, sondern um Neubildungen handelt, ist sicher. Vor Allem hätte sonst ein Eichen in denselben nachgewiesen werden müssen, und ausserdem hatten sie auch nicht das typische Aussehen der Follikel.

Diese haben im Gegensatz zu den Cysten nach Nagel ein mehrschichtiges Epithel, das wiederum von einer Tunica externa und interna umgeben ist, während die Cyste nur gewöhnliches Stroma um sich hat; und schliesslich ist die Gestalt der Follikel oval, während die der Cyste unregelmässig ist. Das Letztere kann ich nicht bestätigen. Denn ich fand gerade in diesem Tumor Follikel (in denen das Ei entweder unversehrt oder in hyaliner Entartung vorhanden war), deren Pole entweder spitzig zuliefen, oder die nach mehreren Seiten etwas ausgebuchtet waren, ohne dass sich aber von einer eigentlichen Veränderung in ihrer Wand sprechen liesse. Die Gestaltsänderung ist in solchen Fällen wohl auf den Secretsdruck zurückzuführen, der an den verschiedenen Seiten je nach einer dichteren oder spärlicheren Bindegewebsanhäufung (und solche Unterschiede liessen sich deutlich constatiren) auf grösseren oder geringeren Widerstand stiess.

Was den differenten Inhalt von Cyste und Follikel betrifft, so schildern Coblenz resp. Virchow den des Follikels als homogen und feingekörnt, den der Cyste dagegen als streifig, säulenartig, radiärstrahlig, in ausgesprochen krystalloider Form.

In dem Tumor findet sich weiterhin ein ziemlich grosses Corpus luteum in Organisation. An einer Stelle ist das organisirte Gewebe fast schwarz gefärbt durch zahlreiche eingelagerte feinste Pigmentkörnchen, und von dieser Stelle entspringt eine nur wenig in die Tiefe gehende Einsenkung.

Einfache epithellose Corpus luteum-Cysten hat schon Nagel beschrieben, jedoch wurde ein Zusammenhang solcher mit papillären Kystomen nicht von ihm erwähnt.

Mitten in diesem organisirten Inhalt fand sich ein Psammomkörperchen, über dessen Herkunft ich mir allerdings keine Vorstellung machen kann.

Was mir in mehreren der stark proliferirenden Cystchen und einmal auch in einem Follikel (und zwar im Discus ovigerus) auffiel, das waren im Schnitt kreisrunde, in Wirklichkeit also wohl kugelförmige Lücken in den gewucherten Epithelien. In einem der später untersuchten Tumoren fand ich solche in Cystchen, die auch runde, eingedickte Secretklümpchen in ihrem Hohlraum enthielten, und dadurch kam ich zur Ansicht, dass es sich hier um Secretvacuolen handle.

In einigen der Follikel sah ich auch eine eigenthümliche Fältelung der epithelialen Wandung, von einer Zellproliferation konnte aber nicht die Rede sein.

Einige der Cystchen, die im Begriff waren, Schläuche in die Tiefe zu senden, hätte ich für Follikel gehalten, doch berechtigt Nichts zu dieser Annahme, da weder ein Ovulum noch auch ein Discus proligerus in ihnen aufgefunden werden konnte.

Bei einem der Follikel, in dem sich noch das Ei wohl erhalten findet, ist auf 3 aufeinander folgenden Schnitten eine Zellwucherung wahrzunehmen. Es hat fast den Anschein, als ob diese mit dem Epithel des Follikels zusammenhängt, doch lässt dies sich nicht deutlich sehen.

Nach alle dem konnte also Proliferation des Follikelepithels in dem Oberflächenpapillom nirgends mit irgend welcher Sicherheit gezeigt werden, doch sprechen manche der zuletzt aufgeführten Befunde dafür, dass eine solche auch für diese Tumoren nicht ganz auszuschliessen ist.

Dass die sehr reichlich entwickelten Gefässe in hyaliner Entartung begriffen sind, wurde schon gesagt. Schliesslich will ich noch einen Befund erwähnen, den ich mir nicht gleich erklären konnte, und der allein schon die Vorzüge der Untersuchung mit Reihenschnitten beweist.

Ich fand eine etwa erbsengrosse Cyste, die das Aussehen eines Follikels hatte, in deren Hohlraum aber bis etwa zur Mitte eine schmale Leiste hineinragte. (Fig. I.) Nach Durchsicht der weiteren Schnitte wurde mir klar, dass es sich hier ursprünglich um zwei dicht nebeneinander liegende Follikel handelte, in deren einem ich sogar noch das Ei nachweisen konnte.

Fig. I. Schnitt durch Tumor II:
a. erster Follikel mit Discus und Ei, b. zweiter Follikel, c. Rest der usurirten Zwischenwand.

Der Secretionsdruck in den beiden Bläschen hatte allmählich zu einer Verdünnung der Scheidewand geführt, die deutlich zu verfolgen ist. Schliesslich wurde die trennende Wand, zuerst natürlich in der Mitte, vollständig usurirt, und es blieb auf der einen Seite noch ein Theil derselben (eben jene schmale Leiste), während sie auf der andern Seite, wenigstens auf einer Anzahl von Schnitten, vollständig verschwunden ist. Ich konnte dies Vorkommen sonst nirgends mehr sehen, und ich habe es in der Literatur auch nicht beschrieben finden können.

(Schluss folgt.)

Beiträge zum Verlaufe älterer Extrauteringraviditäten.

Von *H. A. v. Guérard* in Düsseldorf.

Unter den vielen Aufsätzen über das Thema Extrauteringravidität befinden sich, selbst mit Einschluss der reinen Casuistik, nur sehr wenige, welche die Zeit vom ca. 4.—7. Monate behandeln. Mag der Grund darin liegen, dass die Prognose nach den bisher vorliegenden Mittheilungen im Allgemeinen besonders ungünstig ist, oder mag die verhältnissmässige Seltenheit darin liegen, dass Früchte, welche bis dahin den Schädlichkeiten des Extrauterin-Getragenwerdens getrotzt haben — nach Thorn[1]) ca. 10 Proc. aller Fälle — genug Widerstandsfähigkeit besitzen, bis zum Ende der Schwangerschaft zu gedeihen. Daher dürfte es um so lehrreicher erscheinen, aus selbst erlebten Fällen Schlüsse auf Verlauf und Behandlung derartig vorgeschrittener Stadien zu ziehen und so möchte ich auf Grund einiger Fälle gewisse Modificationen der meist nöthig werdenden Operation vorschlagen. Da sich diese aus den Operationsgeschichten von selbst ergeben, so lasse ich dieselben zunächst folgen. 3 von diesen 4 Fällen wurden operativ behandelt, der 4 abwartend. Die 3 ersten Patientinnen genasen, die 4. starb.

Die Anamnese des 1. Falles ergab, dass die Patientin, von kränklichen Eltern abstammend, im Ganzen 11 mal geboren hatte, zuletzt vor 3 Jahren. Seit dieser Zeit befindet sich Pat. sehr schlecht. Die Regel, welche sie seit ihrer Verheirathung fast nie gesehen hatte, da sie in 12 Jahren 11 mal gebar, erschien erst nach 7—8 Monaten wieder und zwar sehr stark begleitet von blutigem Ausfluss aus dem Mastdarm. Von nun ab litt Pat. beständig an Leibschmerzen, die Regel trat sehr unregelmässig auf, während die Kranke viel Blut und später Schleim aus dem Mastdarm verlor. Eigentlicher Stuhl erfolgte dabei nur selten und unter den grössten Beschwerden. Diesen Zustand ertrug Pat. während drei Jahren.

Am 6. XII. 1896 bekam sie plötzlich einen sehr starken Anfall von Leibschmerzen. Der Leib schwoll an, dabei bestand absolute Obstipation. Der hinzugerufene Arzt constatirte Unterleibsgewächs mit Verklebung der Därme und ordnete, als nach 4 Tagen der Zustand ein höchst gefahrdrohender geworden war, die Ueberführung in das hiesige städtische Krankenhaus an.

Der Befund war folgender:

Aeusserst schlecht genährte Pat. Lungen u. s. w. in Ordnung. Das Abdomen mässig aufgetrieben, jedoch leicht eindrückbar. Die Percussion ergab überall tympanitischen Schall, der rechts etwas kürzer wie links war. In der rechten Seite fühlt man einen von der Medianlinie bis zum äusseren Beckenrande, von Nabelhöhe bis tief in's kleine Becken sich erstreckenden Tumor von weicher Consistenz, der nach keiner Seite hin deutlich abgrenzbar ist. Die schlaffen Bauchdecken zeigen deutlich, dass der Tumor höckerig und von ganz unregelmässiger Gestalt ist. Die innere Untersuchung lehrt, dass das ganze kleine Becken von einer unregelmässigen, harten Geschwulstmasse ausgefüllt ist, die nur links aussen nicht ganz bis an den Beckenrand heranreicht. Der Mm. steht vorne an der Symphyse. Vom Uterus selbst ist nichts zu fühlen, doch zeigt die Sonde, dass er 11 cm lang ist und in normaler Lage dem vorderen Theil des Tumor anliegt. Bei Druck auf den im Douglas liegenden Theil der Geschwulst entleert sich stets Eiter aus dem Mastdarm. Unabhängig von diesem Befunde zeigt sich auch noch eine kleine Mastdarmscheidenfistel, die aber nie besondere Beschwerden gemacht hatte — augenscheinlich das Residuum eines alten Geburtstrauma.

Es wurde nun zunächst gegen die äusserst hartnäckige Obstipation als drohendstes Symptom vorgegangen. Bereits nach wenigen Stunden erfolgte eine Defäcation, welche grosse Mengen Kothes herausbeförderte. Darauf verkleinerte sich der Tumor. Die Pat. fühlte sich bedeutend wohler, klagte aber immer noch über heftige Schmerzen im Leibe. Eine mehrere Tage dargereichte streng flüssige Diät, sowie ständige Verordnung von Casc. sagr. bewirkten reichliche, flüssige Stuhlentleerungen. Auch jetzt tritt wieder eine Verkleinerung des Tumors ein. Sobald jedoch mit Darreichung des Laxans aufgehört wird, schwillt er wieder an. Die festgelötheten Därme markiren sich dabei durch die dünnen Bauchdecken als wurstförmige Stränge. Der Puls ist stets hoch, 120—140. Die Temperaturmessung zeigt intermittirendes Fieber bis über 40°.

Da der Zustand der Pat. stets desolater wird, so wird als Ultimum refugium die Operation beschlossen und die Kranke zur Ausführung derselben in meine Klinik geschafft. Die Operation selbst konnte natürlich nur in dem Leibschnitte bestehen und wurde am 17. III. 97 vorgenommen.

Die Eröffnung der Bauchhöhle ist leicht und geschieht durch einen sehr grossen Schnitt, um das Operationsfeld selbst möglichst ausgiebig übersehen zu können. Sofort drängen sich aufgetriebene, unter einander verwachsene und rechts sehr fest adhaerente Därme vor. Dieselben bedecken einen in der rechten Beckenhälfte befindlichen Tumor völlig und müssen daher abgelöst werden, bevor derselbe sichtbar wird. Bei diesen Lösungsversuchen bricht der Tumor ein und es entlerrt sich eine reichliche Menge missfarbiger, übelriechender Flüssigkeit. Nachdem diese nach Möglichkeit ausgetupft ist, kann ein reichlich mannsfaustgrosses, am unteren Theile des Sackes festsitzendes Gebilde entfernt werden, in dem sofort foetale, in blutcoagelähnliche Massen eingebettete Knochen erkannt werden. Von einer Nabelschnur war nichts zu sehen, doch zeigte sich eine an Grösse dem 5. Schwangerschaftsmonate entsprechende, fast schwarze Placenta, dem aus Därmen gebildeten hinteren Theile des Sackes fest aufsitzend. Ein Versuch, sie in toto zu exstirpiren misslang, da die stark veränderten Darmwände bei jedem noch so vorsichtigen Lösungsversuche einzureissen drohen.

Nun, da bei dem mit verjauchtem Inhalt gefüllten Sacke an das von Roncaglia[2]) und Cullingworth[3]) vorgeschlagene und mehrmals sogar bei ausgetragenen Extrauterinfrüchten mit Erfolg durchgeführte, einfache Zunähen und Zurücklassen des Sackes nicht zu denken war, blieb nichts Anderes übrig als zu tamponiren. Aber wohin? Nach der Bauchwunde oder nach der Scheide? Da die Wand des Fruchtsackes der Scheide in breiter Ausdehnung anlag, auch eine nach dort geführte Drainage günstigere Abflussbedingungen bot, wurde die Scheide auf einer Kornzange breit eröffnet. Bevor nun das Tamponmaterial eingeführt wurde, hielten wir Umschau und sahen nun, dass ein 2. Tumor von den linken Adnexen ausgehend und von ca. Orangengrösse sowohl dem Uterus, wie dem Fruchtsacke und dem Rectum innigst aufsass. Eine Communication mit dem Rectum wurde auch während der Operation dadurch bestätigt, dass sich bei Druck auf den Tumor Eiter aus dem Mastdarm entleerte. Was war jetzt zu thun? In Anbetracht der bereits lange dauernden Narkose, sowie der Decrepidität der Pat., in Anbetracht ferner der schwierigen Auslösung der stark verwachsenen Sactosalpinx, und endlich der dann nothwendig werdenden, sehr difficilen Naht des Rectum, glaubten wir auch hier palliativ vorgehen zu müssen. Da nun ein einfaches Zurücklassen der Sactosalpinx die Pat. wohl schwerlich zur Genesung geführt haben würde, so entschloss ich mich auch hier zur Eröffnung und Tamponade. Es bot sich von selbst als der natürlichste Weg die Wand dar, welche die Sactosalpinx von dem Sacke der extrauterinen Frucht trennte. Eine Inficirung der Fruchthöhle brauchte nicht befürchtet werden, da ihr Inhalt ja selbst völlig verjaucht war. Dieser wurde denn auch gewählt, wobei von dem ausfliessenden Eiter, der frei von Koth war, kein Tropfen in die Bauchhöhle gelangte, derselbe vielmehr glatt durch die Scheidenwunde abfloss. Nunmehr wurde die grosse Höhle mit Jodoformgaze tamponirt, die zur Scheide hinausgeleitet wurde, und der Berstungsriss unter Zuhilfenahme der Därme nach Möglichkeit vernäht. Ganz gelang es leider nicht. Hierauf erfolgte die typische Naht der Bauchdecken.

Trotz eines 4 maligen Collapses in den ersten Tagen erholte sich Pat. schnell. Das Fieber war mit der Operation wie abgeschnitten. Pat. stand in der 3. Woche auf, trotzdem noch immer Placentarstücke abgingen. Sie war nach einem Jahre ein Bild der Gesundheit. Dabei konnte bei der inneren Untersuchung von einem Tumor nichts mehr getastet werden.

Zu diesem Falle ist zu bemerken, dass sich in der Wand des Sackes ein Ovarium sicher nachweisen liess. Die spätere Untersuchung des Foetus ergab für denselben ein Alter von ca. 4½ Monaten. Alle Organe zeigten sich, soweit dies festgestellt werden konnte, im Zustande hochgradiger Verfettung, die nach Bland Sutton[4]) zur Adhaerenz der Frucht am Fruchtsacke disponirt. Von der Tube war nur ein kleiner Theil des Isthmus erhalten. Es handelte sich also wohl um tubare Gravidität mit Ruptur in die Bauchhöhle und Weiterwachsen in derselben bis zum 4½ Monate.

Im 2. Falle handelte es sich um eine frische Extrauteringravidität im annähernd 5. Monate bei einer 33jährigen 4. Gebärenden. Pat., welche normal schwanger zu sein glaubte, empfand am Abend eines Tages, den sie schwerer Feldarbeit gewidmet hatte, äusserst heftige Schmerzen im Leibe, die von geringem Blutabgange aus der Scheide begleitet waren. Der Hausarzt verordnete Ruhe, Opium, Eis. Hiernach trat eine Linderung der Schmerzen ein. Da die Kranke aber angab, keine Bewegungen mehr zu spüren und der Herr College einen Tumor neben dem Uterus zu fühlen glaubte, wurde ich zur Consultation zugezogen. Bei der nun in Narkose vorgenommenen Untersuchung ergab sich mit zweifelloser Sicherheit die Diagnose: Graviditas extrauterina mensium V im rechten Theile der Leibeshöhle. Der Uterus lag nach links und ergab ein Sondenmaass von ca. 12 cm. Die dringend vorgeschlagene Operation wurde am 3. Tage danach vorge-

[1]) Verhandlungen der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Sect. f. Gebh. u. Gyn.

[2]) Annali di Obstetr. e ginecologia, Mai 1895.

[3]) Brit. med. Journal, 29. XII. 1894.

[4]) Surgical Diseases of the Ov. and Fallop. Tuber. Lond. 1891.

nommen, nachdem Pat. den 1½stündigen Weg in meine Klinik per Wagen über theilweise sehr holperige Wege zurückgelegt hatte, eine Unvorsichtigkeit, welche sie mit einem schweren Collaps zu büssen hatte.

Sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich der Tumor dunkelblau verfärbt, ziemlich prall gefüllt. Mit den Därmen ist er vorne und seitlich nur lose verwachsen, so dass sie sich mit dem Tupfer abschieben lassen, anders hinten, wo eine Lösung vorläufig unmöglich ist. Die Tumorhöhle selbst communicirt durch ein links seitwärts gelegenes Loch mit der Bauchhöhle, in welcher sich eine Menge mit Blutklumpen vermischter Flüssigkeit befand. Der Fruchtsack, welcher, wenn eben möglich, in toto exstirpirt werden sollte, sass ausserordentlich fest an dem hinteren Theile des Lig. lat. der Beckenwand, den Därmen und dem Douglas an. Da das oben erwähnte Loch bei den Lösungsversuchen so wie so weiterreisst, wird es scharf erweitert. Es zeigt sich hierbei, dass der Inhalt des Sackes aus einem frischtoten Foetus besteht, der an einer vielfach torquirten Nabelschnur festhängt und zusammen mit Blutcoageln und der Placenta den Sack mässig prall ausfüllt. Die Nabelschnur wird dicht an der Placenta abgeschnitten und darauf der Sack sorgfältig gereinigt. Es zeigt sich nun, dass die Placenta der hinteren Beckenwand fest ansitzt und von dort auf den Darm übergeht. Der Riss, durch welchen der Inhalt des Fruchtsackes theilweise in die Bauchhöhle geflossen war, hatte den Rand der Placenta getroffen und diesen selbst verletzt. Hierdurch trat die Quelle der Blutung klar zu Tage. Da auch hier die Lösung der Placenta den schwierigsten Theil der ganzen Operation darstellte, wurde diese zunächst versucht. Aber sobald ein Stückchen derselben gelöst war, blutete es aus der Haftstelle so stark, dass ein gänzliches Loslösen der Placenta bei dem schweren inneren Blutverluste, den die Pat. schon vorher erlitten hatte, gänzlich unmöglich war. Es blieb also nichts Anderes übrig, als hier auf die Exstirpation zu verzichten und die Tamponade auszuführen. Nach dem guten Erfolge in dem vorher erwähnten Falle öffnete ich auch hier das Scheidengewölbe und erweiterte die Oeffnung möglichst breit. Darauf führte ich von oben 3 Streifen sterile Gaze in den Sack, zog dieselben nach unten durch, resecirte einen grossen Theil des Sackes und vereinigte die Ränder desselben derart, dass ein vollständiger Abschluss von der Bauchhöhle erzielt wurde. Der Erfolg war auch in diesem Falle ein guter. Der reichlichen Secretion in den ersten Tagen folgte eine weniger reichliche in den folgenden Wochen. Doch gingen jetzt ständig Placentarstücke ab. In der 4. Woche stand Pat. auf, in der 6. wurde sie entlassen. Der Weisung, sich noch einmal vorzustellen, entsprach Pat. leider nicht.

Der dritte Fall betraf eine sehr kräftige Schustersfrau, welche 4 Mal normal geboren hatte und seit langer Zeit über heftige und durch starke Dosen Morphium zu bekämpfende Schmerzen in der rechten Seite klagte, die der Hausarzt, Herr College Einhaus auf Gallensteinkoliken zurückführte. Nachdem die Menses längere Zeit — genau weiss sich Pat. nicht mehr zu entsinnen — ausgeblieben waren, erschienen sie wieder, jedoch in ganz unregelmässigem Typus, begleitet von bisweilen sehr starken Blutungen aus dem Mastdarme. Als zuletzt häufige Ohnmachtsanfälle auftraten, liess sich Pat. in das Ratinger Krankenhaus aufnehmen. Hier wurden zum 1. Male die Ausscheidungen aus dem Mastdarme untersucht und es fanden sich in denselben Knochen einer ca. 5 Monate alten Frucht. Die Narkosenuntersuchung zeigte, dass sich hinter dem Uterus eine mannskopfgrosse unbewegliche Geschwulst befand. In der rechten Seite konnte man ebenfalls, wenn auch undeutlich, eine Geschwulst fühlen, welche mit dem 10 cm langen Uterus in keinem Zusammenhange stand. Die Nothwendigkeit einer Operation war danach einleuchtend; sie wurde am nächsten Tage vorgenommen und hatte einen sehr interessanten Verlauf.

Sofort nach Durchtrennung der dicken Bauchdecken drängte sich der eingeführten Hand eine pralle, ballonartige Geschwulst von gelbgrünlicher Farbe entgegen. Es war die sehr stark erweiterte Gallenblase. Da diese nicht den Grund des Operirens darstellte, wurde sie zurückgedrängt, um an den tiefer gelegenen Tumor gelangen zu können. Derselbe war mit den linken Adnexen verschmolzen und fest am Dickdarme adhaerent. Seine Lösung gelang jedoch allerseits, wobei sich eine Art Stielbildung am linken Rande des Uterus ermöglichen liess, der Stiel wurde mit 3 Nadeln unterbunden, dann die Geschwulst abgetragen. In der Tiefe bot sich nun eine grosse Wundfläche dar, welche indess nur wenig blutete. Als jedoch der Darm einer gründlichen Besichtigung unterworfen wurde, zeigte sich, dass er seiner Serosa und Muscularis auf eine grosse Strecke hin entblösst war. Die Verletzung zeigte die Form eines Diplococcus, dessen beide Theile etwa zweimarkstückgross waren. In der linken Seite befand sich nahe der Mittellinie eine unregelmässig geformte Perforationsöffnung. Durch diese Wahrnehmung wurde die Situation bedeutend erschwert, doch wies die Form der Verletzung auch gleich auf eine Art der Behandlung hin, welche leicht und mit Erfolg zum Ziele führte. Es wurden die beiden gleichgestalteten Flächen aufeinandergeklappt und hierdurch 2 breite Wunden zur gegenseitigen Verheilung adaptirt. Um diese Inversion des Darmes zu fixiren und die Bauchhöhle ganz vom Darme abzuschliessen, wurden die verdickten Serosaränder miteinander vernäht und zwar so, dass die innere Darmwand nicht ein einziges Mal angestochen wurde. Der Darm wurde nun versenkt. Ein Blick in die Tiefe zeigte, dass die grosse Wundfläche trocken war und es wurde nun, um ein späteres Verkleben der Wundflächen durch räumliche Trennung unmöglich zu machen, nach dem Vorbilde A. Martin's die Ventrifixur ausgeführt.

Die Operation hatte bis jetzt 35—40 Minuten gedauert, eine nennenswerthe Blutung hatte nicht stattgefunden, der Puls war eher besser als schlechter geworden, zudem hatte Pat. schon Jahre vorher stets an schweren Koliken gelitten. Dies Alles bewog mich, die Operation nicht zu beenden, sondern zur Cholecystotomie zu schreiten. Zu diesem Zwecke wurde auf den sagittalen Hautschnitt ein horizontaler nach rechts hin gesetzt. Der Ductus cysticus, welcher mit Steinen gefüllt war, wurde durch Wegschieben derselben in die Gallenblase entleert und nun diese selbst mit mitteldicker Seide derart an die Bauchdecken fixirt, dass ein ovales Stück von Mandelgrösse zwischen den Wundrändern frei blieb. Nun wurde die Gallenblase nach breiter Incision entleert, wobei ausserordentlich viel goldgelbe Galle ausfloss und ca. 120 grosse Steine entfernt wurden.

Die Reconvalescenz nach dieser radicalen Operation, bei der zuerst ein extrauteriner, fast adhaerenter Fruchtsack exstirpirt, dann der Darm vernäht, dann die Ventrifixur gemacht und zum Schluss die Cholecystotomie in einer Sitzung ausgeführt wurden, verlief so, dass sich Fieber überhaupt nicht einstellte, doch traten am 3. und 4. Tage Delirien auf, welche einen sehr hohen Grad erreichten. Der Puls war während der Zeit der Anfälle sehr hoch, 120—140, nach Aufhören derselben normal. Am Ende der 3. Woche stand Pat. auf und nach weiteren 14 Tagen leitete sie bereits wieder selbständig ihr Geschäft und ihren Haushalt. Nach einem Jahre bot sie das Bild blühendster Gesundheit.

Diesen 3 sehr schweren Fällen, die alle durch die Operation geheilt wurden, möchte ich einen 4. gegenüber stellen, wo die Operation verweigert wurde und der Ausgang ein sehr trauriger war.

Die 25jährige III. Gravida hatte seit etwas über 5 Monaten keine Regel mehr gehabt und glaubte normal schwanger zu sein, klagte dabei aber über sehr heftige Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Das Abdomen war stark aufgetrieben, mässig schmerzhaft und ziemlich weich. Bei der inneren Untersuchung konnte der Uterus im Douglas liegend, leicht verschieblich deutlich getastet werden. In der rechten Bauchseite lag ein ca. mannskopfgrosser Tumor, über dem mächtige Blutgeräusche zu hören waren. Die stark entwickelte Brust enthielt reichliches Collostrum. Hiernach konnte an der Diagnose Graviditas extrauterina kein Zweifel bestehen. Der Pat. wurden die grossen Gefahren ihres Zustandes klar gemacht und es wurde ihr eine Operation dringend angerathen. P. verweigerte dieselbe aber energisch. Nach längerer Zeit erschien sie indessen wieder mit der Angabe, dass sie vor einigen Wochen unter heftigen, wehenartigen Schmerzen ein ganzes Nachtgeschirr voll Blut, Knochen und wässerigem Schleime durch den Mastdarm verloren habe, darauf sei der Leib sehr zusammengefallen, doch dauere auch jetzt der Schleimfluss aus dem Darme noch fort. Beim Touchiren war ich durch die Aenderung des Befundes ausserordentlich überrascht. Von dem sicher gesehenen und gefühlten mannskopfgrossen Tumor war Nichts mehr zu fühlen, als einige mässig grosse, strangförmige und empfindliche Verdickungen. Leider blieb der Verlauf nicht immer so gut.

Eines Nachts rief mich der Mann der Pat. mit der Angabe, dass nach einer Zeit völliger Euphorie bei seiner Frau vor 5 Tagen ein Schüttelfrost eingetreten sei. Der Leib sei darauf sehr angeschwollen und nun befände sich seine Frau so schlecht, dass er glaube, sie stürbe. Ich fand Pat. in den letzten Zügen. Sofort nach dem Tode öffnete ich den Leib — das, was der Mann für eine Operation hielt, war eine Section — und fand, dass die Frau an einer septischen Peritonitis gestorben war, welche von dem Durchbruch einer rechts im Becken befindlichen, in festem Zusammenhang mit den Därmen stehenden Eiterhöhle ausgegangen war. Wahrscheinlich handelte es sich um den stark geschrumpften, verjauchten alten Fruchtsack.

Die erste Consequenz, welche aus der Betrachtung dieser Fälle gezogen werden muss, ist die oft betonte, dass bei vorgeschrittener Extrauteringravidität eine sofortige Operation unbedingt indicirt ist. Gegen die Nothwendigkeit einer Operation könnten nur die Beobachtungen sprechen, bei denen kräftige, lebensfähige Kinder erzielt wurden. Wie klein ist aber die Zahl der Kinder, welche ohne Missstaltung weiterleben! Greifen wir aus der Statistik von Harris[5]) den Zeitraum mit den günstigsten Resultaten heraus, Mai 1887 bis Ende 1896, also beinahe 10 Jahre, so sind von den während dieser Zeit veröffentlichten Operationen, soweit sie am Ende der Schwangerschaft ausgeführt wurden, nur 4 von wirklich nachgewiesenem gutem Resultate

[5]) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Band VI, Heft 2, No. 1.

für das Kind begleitet gewesen. Dies entspricht einem Procentsatze von 9,1, der indessen in Wirklichkeit noch viel zu hoch gegriffen sein dürfte. Denn es werden ja naturgemäss relativ bedeutend mehr glücklich verlaufene, wie unglücklich verlaufene Operationen berichtet. Diesen 4 guten Erfolgen für die Kinder stehen 14 Todesfälle von Müttern gegenüber, also fast 34 Proc. Andere Beobachtungen zeigen zudem, dass auch bei Absterben des Foetus und Retention desselben im Leibe selbst nach Jahren vollkommener Euphorie noch schwere Gefahren für die Trägerin entstehen können. Besonders prägnant zeigt dies ein Fall von Rudolph.[6]) Dieser beobachtete eine Frau mit diagnosticirter rechtsseitiger Extrauteringravidität während 1½ Jahren. Die Patientin, welche sich bis dahin vollkommen wohl gefühlt hatte, erkrankte unter heftigen Fiebererscheinungen. Bei der nunmehr sofort vorgenommenen Operation zeigte sich, dass der Inhalt des Fruchtsackes total verjaucht war. Neben einem 23 cm langen Foetus entleerte sich massenhaft stinkender Eiter. Patientin genas. In gewisser Weise entspricht dieser Fall meinem letzten, doch trat hier die Euphorie erst nach Durchbruch und Entleerung der Fruchtsackes in den Darm ein.

Einige Worte möchte ich noch über die Operation selbst sagen. Gewiss ist ja das Ideal der Operation die Beseitigung, d. h. die Exstirpation des ganzen Fruchtsackes, doch werden wohl mehr Frauen durch eine nur halb radicale Operation, d. h. durch Wegnahme des Foetus und Zurücklassen des Placenta mit Tamponade gerettet. Besonders Fritsch[7]) hebt in seinem Lehrbuche die Vorzüge des letzteren Verfahrens hervor.

Das kühne Vorgehen Roncaglia's und Cullingworth's[8]), welche sogar bei ausgetragener Bauchhöhlenschwangerschaft nur den Foetus extrahirten, dann den Fruchtsack schlossen, versenkten und nach Schluss der Bauchhöhle sich selbst überliessen, wird wohl wenig Nachahmer finden. Die 3. Operation Cullingworth's ermuthigt auch nicht gerade sehr zur Nachahmung. Am 26. Tage wurde bei der inzwischen septisch gewordenen Patientin der Leib behufs Wegnahme der Placenta wieder geöffnet. Doch trat bereits nach 7½ Stunden der Exitus ein.

Es bleibt also für die meisten Fälle von vorgeschrittener Extrauteringravidität als Operation der Wahl die Extraction des Foetus durch Laparotomie mit nachfolgender Tamponade. Hier möchte ich nun den Vorschlag machen, die Tamponade, wenn irgend angängig, nicht durch die Bauchwunde, sondern durch die Scheide zu machen. Die Sicherheit des Operationserfolges wird, glaube ich, hierdurch nicht im Geringsten gestört, im Gegentheil eher erhöht wegen der günstigeren Abflussbedingungen, sowie des besseren Abschlusses nach aussen. Dadurch, dass die Operation von der Bauchhöhle aus völlig aseptisch begonnen wird, unter Leitung des Auges von oben her durchgeführt und abgeschlossen wird, sind die Bedingungen für möglichst grosse Keimfreiheit des Operationsfeldes sehr günstige und bei dem offenen Abflusse der Secrete nach unten ist eine spätere Infiltration mit nachfolgender Jauchung sicher zu vermeiden.

Ich war überrascht, wie wohl sich meine Kranken schon einige Tage nach diesen Operationen fühlten und ist, meine ich, besonders auch der moralische Eindruck, welchen die Kranken empfinden, ein ganz anderer, wie wenn der Fruchtsack in die Bauchdecken eingenäht ist, und nun eine wochenlange, starke Secretion durch die Bauchdecken, verbunden mit eben so lange dauernden Spülungen, anhebt. So wird auch der Ausfluss aus der Scheide viel eher vertragen und als etwas viel Natürlicheres angesehen, wie eben die Abscheidung durch die Bauchwand.

Ein weiterer Vortheil ist entschieden der, dass die Bauchnaht in typischer Weise gemacht werden kann und dadurch einem späteren Bauchbruche nach Möglichkeit vorgebeugt wird. Auch für den Operateur ist die Tamponade äusserst bequem; ein Annähen des Fruchtsackes an die Ränder der Scheidenwunde ist unnöthig, da selbst dann, wenn der Fruchtsack der Scheide nicht fest anliegt, der Tampon allein genügend fixirt. Als einziger Verband genügt der einfache Leibschnittverband. In meiner Anstalt wird nur ein Streifen Jodoformgaze aufgelegt und durch schmale, der Haut direct aufliegende Heftpflasterstreifen befestigt. Nach 10—12 Tagen erfolgt erst ein Wechsel des Verbandes. Eine Vorlage von Watte oder ähnlichem Materiale vor der Scheide saugt die bei der Tamponade durch das Vaginalgewölbe nach unten ausfliessenden Secretionsmassen völlig genügend auf. Spülungen sind verhältnissmässig nur wenige zu machen, in meinem 2. Falle z. B., wo ein frischtodter Foetus extrahirt wurde, fand eine solche höchstens 3—4 mal statt.

Die Heilung selbst erfolgt ebenfalls oft schneller, da es bisweilen möglich ist, den Fruchtsack, vorausgesetzt natürlich, dass ein solcher typisch ausgebildet ist, durch Resection ganz wesentlich mehr zu verkleinern als dies bei Annähung an die Bauchdecken möglich ist. Die hierdurch ebenfalls verkleinerte Höhlung braucht naturgemäss auch kürzere Zeit zu ihrer gänzlichen Schrumpfung. Diesen Vortheilen gegenüber kommt meiner Ansicht nach der überhaupt der Tamponade nach unten gemachte Vorwurf, es würde durch die Eröffnung des Vaginalgewölbes unnöthiger Weise eine zweite Wunde gesetzt, nur wenig in Betracht. Selbstverständlich ist, dass diese Art der Tamponade nicht immer anwendbar ist, z. B. dann, wenn der Fruchtsack der Scheide weit entfernt liegt, oder der Sitz der Placenta die Eröffnung der Scheide unmöglich macht.

Zur Technik der Tamponade selbst möchte ich erwähnen, dass die Incision, welche am besten auf dem Fritsch'schen Scheidenhalter gemacht wird, eine möglichst breite sein muss. Sobald die Incision gemacht ist, fliesst alle Flüssigkeit aus dem Fruchtsacke aus und es ist überraschend, wie gut jetzt jede Blutung gesehen und beherrscht werden kann. Die Tamponade geschieht am besten mit mehreren sehr langen, schmalen Streifen Gaze, weil diese gut entfernt werden können. Es ist dabei nicht nöthig, den Fruchtsack fest auszustopfen, eine verhältnissmässig lockere Füllung genügt schon. Vor dem 6.—7. Tage entfernte ich in keinem Falle, wo ich bei einer Koeliotomie nach unten drainirte, die Tampons. Ist es nicht möglich, den Fruchtsack über dem Tamponmateriale ganz zu schliessen, so schadet dieses, wie mein 1. Fall zeigt, auch nichts.

[6]) Deutsch. med. Wochenschr. 1896, 19., Bl. 14.
[7]) VI. Aufl., S. 491.
[8]) l. c.

Zum 80. Geburtstag des Prof. emerit. Rostochiensis Obermedicinalrath Dr. Karl Wilhelm v. Zehender in München.

Am 21. Mai dieses Jahres wird sich ein deutscher Gelehrter von zahlreichen Glückwünschen aus Nah und Fern erfreut und überrascht finden. Wir sagen überrascht; denn, was der Nestor der ophthalmologischen Gesellschaft an seinem Theil dazu thun konnte, die 80. Wiederkehr seines Geburtstages verborgen zu halten vor seinen Freunden und Verehrern, die er zumal unter den Ophthamologen des In- und Auslandes zählt, das hat er gethan.

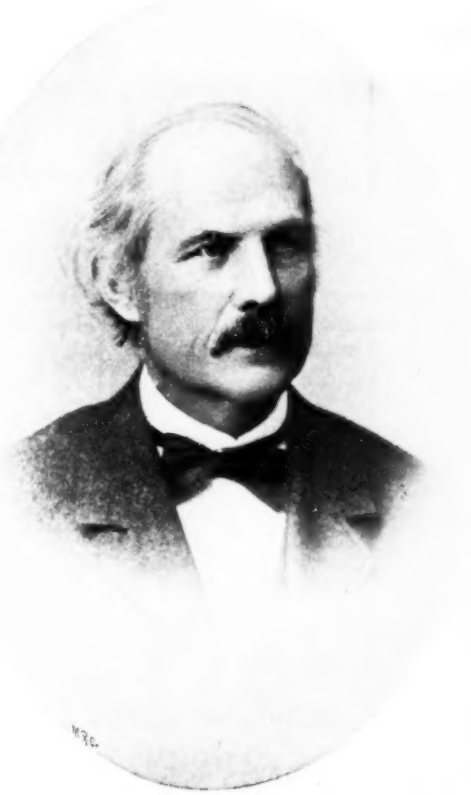
Dennoch will es dem Gefühle der Dankbarkeit nicht entsprechen, diesen Tag unbeachtet vorübergehen zu lassen.

Denn mag auch unser verehrter Jubilar allen äusseren Ehrungen noch so abhold sein: seine Zeitgenossen haben ein Anrecht darauf, ihn zu feiern und an einem so seltenen Gedenktage sich dankbar zu erinnern, was der Gefeierte für Wissenschaft und ärztlichen Stand Bleibendes geleistet hat, und wie er in den langen Jahren seiner ärztlichen Thätigkeit auch den Armen und Hilfsbedürftigen ein opferwilliger und unermüdlicher Helfer und Berather gewesen.

Geboren am 21. Mai 1819 in Bremen als Sohn des nachmals herzoglich holstein-oldenburg'schen Cabinetsecretärs, Legationsrathes Ferdinand Rudolf Zehender und der Ulr. Friedr. Wilh. v. Lotzow, entstammt unser Jubilar einer sehr alten Schweizer Familie. Bis zum Ende des 15. Jahrhunderts lebten im Aargau in Aarau Zehender als Schultheissen und trugen den adligen Titel «Edelknecht». Einer von ihnen, Marquard Zehender, nahm auch mit Edlen aus dem Aargau theil an der Murtenschlacht 1476. Vom 16. Jahrhundert an, wo sie nach Bern übersiedelten, gehörten die Zehender zu den regierenden, später

GALERIE HERVORRAGENDER ÄRZTE UND NATURFORSCHER.

Karl Wilhelm v. Zehender.



Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift. 46: 704 (23 Mai '99)
Verlag von J. F. LEHMANN in München.

patrizisch genannten Familien und ist laut Filiation in erneuter Generation unser Geburtstagskind der directe Nachkomme des Landvogtes von dem damals unter bernischer Oberherrschaft stehenden Chillon Hans Ulrich Zehender (1501—1545).

Besucher des romantischen Schlosses finden in dem ehemaligen Rathssaale noch jetzt ein Erinnerungszeichen an diesen Mann in Gestalt eines verwitterten al fresco Bildes, das auch den Namen des bernischen Vogtes als Unterschrift trägt.

Nach erfolgreicher Erledigung des medicinischen Universitätsstudiums in Göttingen, Jena und Kiel widmete sich der Gefeierte zunächst in Wien vornehmlich bei E. v. Jaeger der Augenheilkunde, um fortan diesem Zweige der Medicin treu zu bleiben für sein Leben.

Ihr widmete er seine ganze Kraft als Universitätslehrer in Bern (von 1862—1866) und in Rostock (1866—1889), von wo er mit vollendetem siebzigsten Lebensjahre nach München übersiedelte.

Durch innige Freundschaft mit dem Begründer der neueren Augenheilkunde A. v. Graefe verbunden, an dessen Klinik er für die Assistenten und Besucher Vorträge über Dioptrik hielt, und schon bei den ersten Heidelberger Zusammenkünften mit Graefe zugegen, gehört Zehender mit F. Arlt, F. C. Donders, A. v. Graefe, W. Hess und G. Horner auch zu den Begründern der 1863 förmlich in Heidelberg constituirten ophthalmologischen Gesellschaft. Dieser hat er durch all' die folgenden Jahre bis zum Jahre 1895 einschliesslich als stetiger Theilnehmer und als Herausgeber der wissenschaftlichen Versammlungsberichte unermüdlich zur Seite gestanden und dadurch nicht zum wenigsten das Ansehen begründen helfen, das die in der Regel alljährlich in Heidelberg stattfindenden Zusammenkünfte der Gesellschaft und ihre Veröffentlichungen bei den Fachmännern des In- und Auslandes in stetig wachsendem Masse gewonnen haben.

Noch heute leitet unser Jubilar die am 15. December 1862 von ihm in's Leben gerufenen «Klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde», ihnen auch nach Beendigung seiner Lehrthätigkeit andauernd bis in die neueste Zeit den bewährten Charakter eines gediegenen Fachblattes durch zahlreiche eigene originell durchdachte Arbeiten erhaltend und fördernd.

In diesen mit Vorliebe theoretische resp. physiologisch-optische Fragen behandelnd, hat der Verfasser indessen durch seine grösseren Werke, vor Allem durch das Handbuch bezw. durch das Lehrbuch der Augenheilkunde, die für eine ganze Reihe von Jahren allein die moderne Ophthalmologie und ihre raschen Fortschritte wiederspiegelten, in mehreren Auflagen auch in praktisch-didaktischer Beziehung dem jüngsten Zweige der ordentlichen klinischen Disciplinen Beachtung und Bedeutung verschafft.

Aber auch sonstige praktisch-wichtige Arbeiten fehlen nicht; vergleiche zum Beispiel die bereits 1858 erfolgte Mittheilung über die Exstirpation eines Orbitaltumors mit Erhaltung des Bulbus; ferner nicht zu vergessen die Arbeit, welche die Beschreibung der wie für den ophthalmologischen Unterricht, so auch für den praktischen Augenarzt unentbehrlich gewordenen binocularen Corneallupe enthält.

Veranlasst durch das von ihm eifrigst geförderte Project einer neuen Augenklinik für die Universität Rostock, erörterte Z. fernerhin als Erster die für den Bau und die Einrichtung von Universitätskliniken für Augenkranke beachtenswerthen Gesichtspunkte und schuf damit eine Grundlage für die Pläne der seitdem in unseren Landen entstandenen ophthalmologischen Institute und Lehrstätten.

Seinem warmen Interesse für Schule und Haus verdanken wir die anregend geschriebenen Vorträge über Gesundheitspflege und über den Einfluss des Schulunterrichts auf die Entwicklung der Kurzsichtigkeit; ebenso wie auch die weiteren ärztlichen Kreise mit lebhaftem Dank gegen den Jubilar erfahren werden, dass er durch seinen «Bericht über Erkrankungen, Todesfälle und Geburten, welche im Jahre 1860 im Grossherzogthum Mecklenburg-Strelitz zur ärztlichen Kenntniss gekommen sind», wenn nicht der Erste, so doch einer der Ersten gewesen sein dürfte, welche die Bedeutung der Statistik für die Medicin erkannten und dementsprechend würdigten.

Ein allgemeines Interesse dürfte endlich auch gerade jetzt wieder die von Z. bereits im Jahre 1875 geschriebene Abhandlung über den Beruf der Frauen zum Studium und zur praktischen Ausübung der Heilwissenschaft erwecken. —

Wir haben aus der fruchtbaren Thätigkeit von Zehender nur einiges Wenige herausgegriffen. Aber schon das wird auch dem der Augenheilkunde nicht näher Stehenden genügen, um die Stellung zu beurtheilen, die der Gefeierte als einer der führenden Geister in der ophthalmologischen Wissenschaft der Gegenwart einnimmt; nicht minder wird man es somit auch nur angemessen finden, wenn freudige Dankbarkeit einen so seltenen Lebenstag, wie ihn unser Zehender in bewunderungswürdiger Frische an Körper und Geist feiert, nicht vorübergehen lassen wollte, ohne auch der ärztlichen Mitwelt wenigstens mit einigen Worten in Erinnerung zu bringen, was die Wissenschaft und Praxis unserer Tage dem Gefeierten zu verdanken hat.

Und so sind wir gewiss, dass ebenso, wie die zahlreichen dankbaren Angehörigen des Mecklenburger Landes, die in Zehender einen durch grosse Selbstverläugnung, stete Hilfsbereitschaft und liebevolle Thätigkeit am Krankenbette hervorragend ausgezeichneten Arzt und Menschen verehren und lieben lernten, auch der Leserkreis dieser über die Grenzen unseres engeren Vaterlandes weit hinaus verbreiteten Münchener Medicinischen Wochenschrift freudig und gern mit den Fachgenossen, die alt und jung dem Altmeister auch in rein menschlicher Beziehung mit dankbarer Liebe, Freundschaft und Ergebenheit zugethan sind, sich in dem herzlichen Wunsche vereinigen werden, dass unserm Jubilar an der Seite seiner hochverehrten Gattin auch weiterhin manches glückliche Jahr fruchtbringenden wissenschaftlichen Schaffens beschieden sein möge; ihm selbst zur Freude und unserer Wissenschaft zu gleicher ersprieslicher Förderung, wie wir sie der Vergangenheit des Gefeierten bereits verdanken.

Erlangen, 17. Mai 1899. O. Eversbusch.

Referate und Bücheranzeigen.

Ueber die Beulenpest in Bombay im Jahre 1897.

I. Zur Geschichte der österreichischen Pestcommission von Dr. H. Albrecht, Assistent am patholog.-anat. Institut in Wien. Mit 5 Tafeln.

II. Wissenschaftlicher Theil des Berichts: A. Klinische Untersuchungen von Dr. H. Fr. Müller, Privatdocent und Assistent der Hofrath Nothnagel'schen Klinik. Mit 36 Curven und 4 heliographischen Tafeln. B. Pathologisch-anatomische Untersuchungen mit Einschluss der pathologischen Histologie und Bacteriologie von Dr. H. Albrecht und Dr. A. Ghon, Assistenten am pathologisch anatomischen Institut in Wien (unter Mitwirkung des Hilfsarztes Dr. Rud. Pöch). Mit 14 Tafeln.

Besonders abgedruckt aus dem 66. Band der Denkschriften der mathemat.-naturwissenschaftl. Classe der k. Akademie der Wissenschaften. Wien 1898. Aus der k. k. Hof- und Staatsdruckerei. In Commission bei Carl Gerold's Sohn, Buchhändler der k. Akademie der Wissenschaften. —

Die erste Abtheilung des Werkes enthält einen kurzen, aber sehr anschaulich geschriebenen Bericht über die Entstehung und den Zweck, Ausrüstung und Vorbereitungen der österreichischen Pestcommission, ferner deren Thätigkeit in Bombay im Allgemeinen. Der Bericht dient als Einleitung zu dem Gesammtwerke, dessen 3 Abtheilungen zusammen ein einheitliches Ganzes darstellen.

Der 1. Band der II. Abtheilung ist ausschliesslich der klinischen Untersuchung gewidmet. Derselbe beginnt nach einer kurzen allgemeinen Einleitung mit einem Bericht sorgfältig geführter Krankengeschichten von 84 Pestfällen. Diese wertvollen casuistischen Beobachtungen bilden die Grundlage einer allgemeinen Darstellung der Pestkrankheit. Zum Vergleich ist dieser Schilderung eine kurze Uebersicht des Krankheitsverlaufes nach den Darstellungen von Griesinger und Liebermeister voraus-

geschickt. Im Allgemeinen stimmen die Beobachtungen Müller's mit der von den genannten Autoren gegebenen Schilderung der Pest überein; nur in einem, aber allerdings sehr wesentlichen Punkte weichen dieselben ab, nämlich hinsichtlich des zeitlichen Auftretens der Bubonen: Während dieses nach Gr. und L. dem Höhepunkt und der Wendung zum Ablauf der Krankheit entspricht, gehört nach den Beobachtungen Müller's, in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen anderer neuerer Autoren, der Ausbruch der Bubonen in der Regel zu den Frühsymptomen der Krankheit und bedeutet keineswegs einen kritischen Wendepunkt in deren Verlauf.

Der von Bitter aufgestellten Eintheilung der Pest in die einfache Drüsenpest, die septikaemische Form und die Pestpneumonie schliesst sich Verfasser im Allgemeinen an; doch bestreitet er eine Eintheilung auf bacteriologischer Grundlage in dem Sinne, dass die Drüsenpest und die septikaemische Form scharf von einander zu trennen wären, indem ein Uebergang der Pestbacillen in das Blut auch bei der Drüsenpest sehr häufig stattfindet und derartige Fälle keineswegs, wie Bitter annimmt, stets letal zu endigen brauchen.

Die mit grösster Sorgfalt und tiefer Sachkenntniss ausgeführten Untersuchungen Müller's über die Pest bilden einen sehr wertvollen Beitrag zu unserer Erkenntniss dieser Seuche in klinischer Beziehung; sie sind aber auch ein sprechendes Zeugniss für den unerschrockenen Muth, die Selbstverleugnung und den Pflichteifer des Verfassers im Dienste der Wissenschaft. Um so schmerzlicher muss der traurige Abschluss des Müller'schen Werkes berühren, welcher durch die eigene, von Poech verfasste Krankengeschichte des später selbst einer Pestinfection zum Opfer gefallenen Autors gebildet wird. Die Krankengeschichte Müller's und die Umstände, unter welchen seine Erkrankung erfolgte, sind zu bekannt, als dass es nöthig erschiene, hierüber zu berichten.

In der letzten, von den pathologisch anatomischen Untersuchungen handelnden Abtheilung des Gesammtwerkes finden wir nach einer kurzen Einleitung zunächst eine Schilderung der einzelnen untersuchten Fälle, deren Gesammtzahl sich auf 48 beläuft, nämlich I. 38 Fälle mit primärem Bubo, II. 6 Fälle ohne primären Bubo (primäre Pestpneumonie, allgemeine Drüsenschwellung), III. 2 Fälle von Marasmus nach Pest, IV. 2 Fälle von Secundärerkrankungen. Ueber jeden Fall liegt ein Sectionsbericht, ein Bericht über die bacteriologische und histologische Untersuchung vor, sowie eine kurz gefasste Epikrise.

Den Fällen von Pesterkrankung folgen noch einige Beobachtungen über Influenzapneumonie, gonorrhoische Peritonitis und Cholera asiatica.

Die Befunde sämmtlicher zur Obduction gelangten und untersuchten Pestfälle sind in einer Tabelle übersichtlich zusammengestellt.

Unter den 44 Pestfällen fand sich bei 38 eine Gruppe von Lymphdrüsen mit so hochgradigen Veränderungen, dass in ihr der primäre Erkrankungsherd (primärer Bubo) zu erblicken war, von dessen Sitz auch auf die wahrscheinliche jeweilige Eingangspforte des Virus geschlossen werden konnte. Die Untersuchungen zeigen, von welch' hoher Bedeutung die Section für die aetiologische Beurtheilung des einzelnen Falles ist, da bei der Section oft erkrankte Drüsen nachgewiesen werden, welche bei der klinischen Untersuchung sich der Beobachtung entziehen.

Der primäre Bubo bildet nach den Verfassern, wenn man die Veränderungen an den in denselben einbezogenen Lymphdrüsen und ihrer Umgebung zusammen in's Auge fasst, ein ungemein typisches Bild, «das sich nicht nur gegenüber dem anatomischen Befund anderer, erst secundär inficirter Lymphdrüsen charakterisirt, sondern welches sich auch bei keiner anderen bekannten Krankheit in ähnlicher Weise wiederfindet.»

Diese Veränderungen charakterisiren sich hauptsächlich durch eine mit haemorrhagischer Infiltration verbundene entzündliche Schwellung der Drüsen und deren Umgebung; die Abgrenzung der einzelnen Drüsen ist wegen der ausserordentlichen Schwellung und Infiltration des Gewebes häufig völlig verwischt; sie bilden mit dem Binde- und Fettgewebe ein derbes, entzündlich oedematöses und haemorrhagisches Paket. Die medullare Schwellung der Drüsen ist sehr charakteristisch; dieselben sind ziemlich derb, das Parenchym vorquellend, strohgelb, haemorrhagisch gefleckt, in der Peripherie finden sich oft gelbe Knötchen, von der Schnittfläche lässt sich reichlich fadenziehender Saft abstreichen. Die Veränderungen in der Umgebung sind äusserst schwere: enorme Blutungen, welche die Drüsenkapsel zertrümmern und dem geringsten Widerstande folgend sich oft weithin, hauptsächlich den Fascien der Muskeln, den Nervenplexus und den Gefässen entlang, ausbreiten; gleichzeitig findet sich eine starre Infiltration des Gewebes mit zellreicher entzündlicher Oedemflüssigkeit.

Niemals liess sich in der Umgebung des primären Bubo eine primäre Lymphangitis nachweisen. Aus dieser Thatsache schliessen die Verff.: «Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass ganz geringfügige Hautverletzungen im Allgemeinen genügen, um Anlass zur Pestinfection zu gewähren. Unter solchen Hautverletzungen darf man nun nicht nur deutlich sichtbare Schnitt-, Riss- oder Kratzwunden verstehen, . . . sondern es kommen hier vor allem Anderen jene für das freie Auge kaum oder nicht sichtbaren kleinsten Verletzungen in Betracht, bei denen das Corium nur in der allergeringfügigsten Weise betheiligt ist, ja es macht auf uns wenigstens den Eindruck, als ob ein intensives Einreiben, wie dies z. B. beim heftigen Kratzen einer juckenden Hautstelle geschieht, unter Umständen hinreichen würde, um eine Infection zu ermöglichen.»

Wohl dringen auf diese Weise nur wenige Bacillen ein, aber dieselben finden in den nächstgelegenen Lymphdrüsen einen besonders günstigen Nährboden, in welchem dann die massenhafte Vermehrung der Bacillen erfolgt. Diesem Verhältniss entspricht bei der Pestinfection ein Incubationsstadium von 4—7 Tagen.

Die experimentellen Untersuchungen der Verff. stehen mit diesen Beobachtungen und Ueberlegungen in voller Uebereinstimmung; gelingt es doch bei Meerschweinchen, selbst bei intacter Haut, durch einfaches Einreiben der Pestbacillen Bubonen und Allgemeininfection zu erzeugen.

Bei dem secundären Bubo sind alle die für den primären Bubo geschilderten Veränderungen in weit geringerem Grade entwickelt; nur bei längerem Bestehen desselben wird das Bild ein ähnliches. Namentlich findet keine so starke Ausbreitung auf das Nachbargewebe statt.

Das histologische Bild der Beulenpest bildet keine specifischen Merkmale; es entspricht im Wesentlichen den makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen. Die von Kitasato entdeckten Pestbacillen treten oft in massiger Infiltration des Gewebes auf. An Stellen, wo die Bacillen besonders reichlich sind, finden sich eine eigenthümliche Form der Coagulationsnekrose an den Capillaren und Gefässwandungen und charakteristische Gerinnungsvorgänge des Blutes, vielleicht auch der intercellularen Gewebsflüssigkeit. Die Lymphgefässe in der Umgebung primärer Bubonen sind mächtig erweitert und hauptächlich von ungeheuren Massen von Bacillen erfüllt, manche enthalten auch Blut, Leukocyten oder Zerfallsproducte von Zellen. Besonders sei noch hervorgehoben, dass nach den Untersuchungen der Verfasser auch in erweichten und vereiterten Bubonen noch längere Zeit virulente Pestkeime nachzuweisen sind.

Bei den Untersuchungen des Blutes von Pestkranken erwies sich das Culturverfahren weit empfindlicher als die mikroskopische Untersuchung. Da jedoch letztere schneller zum Ziele führt und eine absolut sichere Diagnose bei positivem Befund ermöglicht, so kamen stets beide Methoden zur Verwendung. Das Resultat der Blutuntersuchungen konnte jedoch desshalb kein der Wirklichkeit völlig entsprechendes Resultat ergeben, weil aus äusseren Gründen nur geringe Blutmengen im Einzelfalle zur Verfügung standen und auch nicht immer der richtige Zeitpunkt für die Entnahme gewählt werden konnte.

Es wurde das Blut bei 122 Fällen mit klinisch sicher festgestellter Pest untersucht, von welchen 55 = 45 Proc. in vivo zu einem positiven Resultat führten. Dabei ergab sich die sehr bemerkenswerthe Thatsache, dass 2 Fälle, bei welchen reichliche Mengen von Pestbacillen im Blute

nachgewiesen werden konnten, gleichwohl mit Genesung endigten. Anderseits verliefen auch solche Fälle letal, bei welchen Bacillen im Blute nicht zu finden waren.

Von besonderem Interesse sind noch die Veränderungen der Respirationsorgane. Sie beruhen hauptsächlich auf katarrhalischer Entzündung der Luftwege mit Schwellung der Schleimhautfollikel; namentlich wichtig ist das Glottisoedem, welches bei schwerer Erkrankung der Halslymphdrüsen sich einzustellen pflegt. Bei haemorrhagischem Charakter desselben finden sich sehr reichliche Pestbacillen in der Oedemflüssigkeit. Die Verfasser konnten hiebei ein massenhaftes Durchwandern der Bacillen durch das intacte Epithel der Pl. ary-epiglotticae beobachten. An der Pleura finden sich Blutungen, im Lungengewebe Oedem, Hypostase und entzündliche Processe. Letztere werden von den Verfassern in primäre und secundäre Pneumonien eingetheilt, wobei sie bei den secundären die rein metastatisch-embolischen Formen von den durch Aspiration oder durch Aspirationsbronchitis entstandenen unterscheiden.

Die primäre Pestpneumonie ist eine typische, confluirende Lobulär- oder Bronchopneumonie. Man findet gelbe, roth gespreckelte Herde mit haemorrhagischem Hof und Oedem der Umgebung; von der Schnittfläche entleert sich fadenziehender Saft. Mikroskopisch erweisen sich die Alveolen fast nur von Blut und Pestbacillen erfüllt; Leukocyten und Fibrin finden sich nur spärlich. An den Alveolarsepten gewahrt man Coagulationsnekrose und Zerfall.

Die primäre Pestpneumonie entsteht durch Inhalation. Im Sputum finden sich oft massenhaft die Pestbacillen. Es kann aber eine Beimischung von Pestbacillen zu dem Sputum auch ohne Pneumonie erst in der Mundhöhle erfolgen, indem bei Erkrankung der adenoiden Gewebe im Rachen und der Mundhöhle ein Hindurchtreten der Bacillen aus diesen, selbst bei intactem Epithel, stattfindet. Dies ist bei der sehr häufigen Erkrankung der Tonsillen und der Lymphdrüsen in der Gegend des Isthmus faucium besonders wichtig und spielt aus diesem Grunde das Sputum von Pestkranken vielleicht eine wichtige Rolle bei Verbreitung der Krankheit.

Der Darm bildet nach den Untersuchungen der Verfasser nur sehr selten die Eingangspforte für das Pestvirus und nur dann, wenn sehr grosse Mengen von Pestbacillen demselben zugeführt werden, da in der Regel das Virus im Magen unschädlich gemacht wird. Dagegen erfolgt zweifellos häufig eine Primärinfection durch die Tonsillen und die Rachenschleimhaut, welche dann von dem Auftreten des primären Halsbubo gefolgt ist. Dieser Infectionsmodus wurde von den Verfassern auch experimentell bewiesen.

Bezüglich der anatomischen Veränderungen des Verdauungstractus und der übrigen Organe sei auf das Original verwiesen. Den Untersuchungen von Albrecht und Ghon über die Beulenpest, von welchen hier nur das Wichtigste kurz skizzirt werden konnte, ist entschieden die grösste Anerkennung zu zollen, denn dieselben bilden einen sehr werthvollen Beitrag zu unserer Erkenntniss von dem Wesen jener entsetzlichen Seuche und es ist zweifellos, dass die Resultate dieser Untersuchungen nur durch unermüdlichen Forschungseifer und nicht ohne persönliche Gefahr zu erreichen waren.

Referent kann es aber nicht verschweigen, dass es gerade bei der tiefen Sachkenntniss, welche sich die Verfasser bei ihren Studien angeeignet haben, nach seiner Meinung ganz unverantwortlich war, wenn sie sich trotzdem nicht scheuten, in Wien bei notorisch völlig unzulänglichen Hilfsmitteln namentlich auch in räumlicher Hinsicht, Infectionsversuche mit Pestbacillen vorzunehmen, und dann noch obendrein die inficirten Thiere der Pflege eines ungebildeten und für eine derartige Aufgabe nicht qualificirten Dieners anzuvertrauen.[1]) Referent, welcher selbst Jahre lang die Bacteriologie vertreten und auch wiederholt bacteriologische Aerztecurse in ministeriellem Auftrag zu leiten hatte, ist gewiss der Letzte, welcher die absolute Nothwendigkeit derartiger Untersuchungen verkennt.

Es dürfen aber nach seiner Ansicht solche Versuche unter allen Umständen nur dann gemacht werden, wenn die nöthigen Garantien dafür vorhanden sind, dass eine Gefährdung Anderer und des allgemeinen Wohls ausgeschlossen ist. Andernfalls erscheint dem Referenten die Vornahme derartiger Experimente, trotz des hohen Zweckes, welchen dieselben verfolgen, unverantwortlicher, wie etwa die Fabrication gefährlicher Explosivstoffe in einem dichtbevölkerten Stadttheil. An diesem Urtheil vermag Referent trotz der nachträglich an Herrn Ghon erfolgten Ordensverleihung nichts zu ändern. Man stelle sich doch die Folgen vor, wenn es in Wien nicht gelungen wäre, der einmal ausgebrochenen Pest Einhalt zu thun! Hauser.

[1]) Siehe den Bericht Weichselbaum's im Organ des Obersten Oesterreichischen Sanitätsrathes.

Die Wanderniere, ein Beitrag zur Pathologie des intraabdominalen Gleichgewichtes. Experimentell-anatomische Studien von **Wolkow** und **Delitzin**. Berlin 1899. Hirschwald.

Mit enormem Fleisse geben die Verfasser eine Uebersicht über die Literatur sämmtlicher für die Entstehung der Wanderniere in Betracht kommenden Factoren und beleuchten dieselbe kritisch auf Grund ausgedehnter, gründlicher, eigener Untersuchungen an der Leiche mittels eines von ihnen construirten Apparates, der bei völlig fixirter Leiche in jeder Achse genaue Messung gestattet. In dem 1. Theil wird die Anatomie und besonders die Topographie der Nieren und deren Umgebung genau erörtert; im 2. Theil werden die einzelnen Momente, die bei der Entstehung der Wanderniere mitwirken können, besprochen und durch eingehende Leichenversuche erörtert, so der Lagewechsel der Niere an der unversehrten Leiche bei Lagewechsel des Körpers, die Bedeutung der vorderen Bauchwand, die Bedeutung des Hermatismus der Bauchhöhle, die Verschieblichkeit der Niere nach Eröffnung der Bauchhöhle, die Bedeutung des Bauchfells und der sog. Bauchfellligamente, die Lage des Darmcanales, die Bedeutung der Prolapse und Hernien, die Bedeutung acuter Veränderungen der Anfüllung der Bauchhöhle, die Bedeutung der Lage des Zwerchfells, die respiratorische Beweglichkeit der Nieren, der Einfluss der Schwere der Leber, der Milz und des Magens, die Beziehungen des Magens zur rechten Niere, die Bedeutung der Nierengefässe und Ureteren, der Nierenkapsel und ihres Fettes, der Schwere der Niere, der einzelnen Theile der hinteren Bauchwand, die Bedeutung der paravertebralen Nischen, des acuten Traumatismus der Nieren, die Bedeutung der Schnürung durch Gürtel und Corset.

Auf Grund der interessanten Untersuchungen, die manche altgewohnte Ansichten umändern oder damit ganz aufräumen, gelangen die beiden Forscher zu folgendem Schlussergebniss: Die Beweglichkeit der Nieren ist keine primäre oder selbständige Anomalie, sondern das Ergebniss einer gewissen Insufficienz des Körperbaues, welche unter dem Einfluss von Alterationen des intraabdominalen Gleichgewichtes zu Tage tritt. Es handelt sich vor Allem um eine Insufficienz der Configuration der paravertebralen Nischen und eine Insufficienz der vorderen Bauchwand und je nach dem Grade derselben müssen die therapeutischen Maassnahmen getroffen werden. Während sich die beiden Forscher von orthopädischen Maassnahmen gegenüber der ersteren und von Bauchgürteln gegenüber der letzteren Erfolg versprechen, erscheint ihnen die Nephrorrhaphie unzuverlässig. Die Nephroptose ist nur ein hervorstechendes Symptom, welches am meisten in die Augen fällt und an und für sich hochgradige functionelle Störungen hervorruft. Dem interessanten Werk sind eine grosse Reihe instructiver Tafeln beigefügt. Ziegler-München.

Dr. **A. Moll: Die conträre Sexualempfindung.** Dritte, theilweise umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin, Fischer, 1899. Preis 10 Mk. 652 Seiten.

Das Buch ist im Princip das Gleiche geblieben (vergl. die Besprechung der 1. Auflage. Münch. med. Wochenschr. 1892, No. 11). Doch hat es in allen Theilen sehr an Umfang zugenommen, vor Allem durch Aufnahme von ausführlichen Krankengeschichten und durch eine noch eingehendere Benützung der Literatur aus den verschiedensten Gebieten und Zeiten, die eine bewundernswerthe Belesenheit des Verfassers bekundet.

In der Einleitung unterscheidet Moll im Geschlechtstrieb sehr richtig zwei Tendenzen, die er als Detumescenztrieb und als Contrectationstrieb bezeichnet. Der erstere ist der Trieb, die Geschlechtsproducte auszustossen, wozu gewisse, namentlich physische Reizungen nöthig sind, der Verkehr mit andern Personen gehört nicht nothwendig dazu. Der Contrectationstrieb dagegen ist das Bedürfniss, eine andere Person — normal eine Person des anderen Geschlechts — zu berühren, sich ihr körperlich und geistig anzunähern. Durch die Homosexualität wird nur der letztere Trieb verändert.

Sehr bereichert ist das Capitel über die Homosexualität des Weibes, die ja noch lange nicht genügend erforscht ist.

Unrichtig und kaum für das ernste Buch, wohl aber etwa für eine Bierzeitung passend, ist der Ausfall gegen einen verdienten Neurologen pag. 461.

Ein beigedrucktes «Gutachten über den Werth der Keuschheit beim Manne» zeichnet sich durch wohlthuende Nüchternheit und Klarheit aus, doch kann Referent mit dem Verfasser nicht einig gehen, wenn Moll meint, dass ein Mann mit schwachem Geschlechtstrieb unkeusch erscheinen könne wegen der gleichen Handlung, die einen anderen, mit starken Trieben ausgerüsteten keusch bleiben lässt. Wollte man die moralischen Begriffe von der Stärke der Triebe abhängig machen, so hätte jeder eine Ausrede und es gäbe schliesslich auch keine Verbrecher mehr. Die ganze Abhandlung lässt sich leicht zu einer Vertheidigung des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs benutzen, während es doch wohl keinem Zweifel unterliegt, dass das Ideal die absolute Keuschheit ist. Ob, und in welchem Umfange man nun die Männer keusch machen kann, das ist eine andere Frage.

Bleuler-Burghölzli.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 19.

Maragliano-Genua: **Die Betheiligung des Staphylococcus in der Pathogenese der Chorea rheumatica.**

«Die rheumatische Chorea ist ein infectiöser Process, der an die Anwesenheit verschiedener Mikroorganismen gebunden ist, welche an und für sich oder durch ihre Toxine an dem nervösen Process schuld sind. Der Staphylococcus ist der Hauptträger der Infection bei Chorea. Auch die Zusammenstellung der bekannten Fälle nöthigt uns zu dieser Schlussfolgerung: Staphylococcen 7, Diplococcen 2, Bacillen 2, d. h. der Staphylococcus allein gibt einen doppelten Procentsatz aller anderen gefundenen Bacterien.» Durch die bisherigen Erfahrungen hält M. den Zusammenhang von Chorea und Rheumatismus auch auf bacteriologischem Gebiete für erbracht und die Richtigkeit seiner Anschauungen für erwiesen, die er schon früher (1891, 1892) dahin aussprach: «Die pyogenen Mikroorganismen sind pathogen für Chorea und den Rheumatismus, wenn sie auch natürlicher Weise nicht allein angeschuldigt werden können». Die Ansicht M.'s gründet sich in erster Linie auf den von ihm 1891 geführten Nachweis des Staphylococcus aureus in Theilen des Nervensystems. W. Zinn-Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 51. Bd., 3. u. 4. Heft. Leipzig, Vogel, April 1899.

10) Tanaka: **Ueber die klinische Diagnose von Endotheliomen und ihre eigenthümliche Metastasenbildung.** (Chirurg. Klinik Tokio.)

T. beschreibt ausführlich 5 Fälle von klinisch und anatomisch genau untersuchten Endotheliomen. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass das Endotheliom jederzeit bösartig werden kann. Die Bösartigkeit besteht in einem continuirlichen Weiterwachsen der Muttergeschwulst in Form von Fäden längs der Lymphspalten. Diese Zellfäden können eine Zelle dick sein oder auch bis zu sicht- und fühlbaren, aus Zellzapfen bestehenden Strängen heranwachsen. Die Lieblingssitze der Endotheliome sind: Parotis und ihre Umgebung, Submaxillardrüse, Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, Gesichtshaut, Gesichts- und Schädelknochen, Gehirnhäute, Unterhautzellgewebe, Knochen und Periost, seröse Häute und Lymphdrüsen, submucöses Gewebe der Scheide, periarticuläres Gewebe, Ovarien, Nieren. Die Tumoren können sich in jedem Lebensalter entwickeln. Ihre Consistenz ist gewöhnlich weich. Ulceration ist eine häufige Erscheinung. Charakteristisch sind die Lymphdrüsenschwellung — stets weicher Consistenz — und die Tochterknoten in anderen Geweben.

Die Prognose ist nur so lange günstig, als wir im Stande sind, alles Kranke auszurotten. Bei diffuser Verbreitung an einer Extremität soll man mit der Vornahme der Amputation nicht zögern.

11) Eugen Israël: **Bericht über die in den letzten 8 Jahren ausgeführten Urethrotomien.** (Moabit Berlin.)

Auf der Sonnenburg'schen Abtheilung sind seit dem Jahre 1890 an 29 Männern und einem Weib Harnröhrenschnitte ausgeführt, 24 mal wegen gonorrhoischer, 4 mal wegen traumatischer und 2 mal wegen Strictur aus unbekannter Ursache.

Unter den 24 Urethrotomien wegen gonorrhoischer Strictur waren 16 externae, 3 internae, 2 mal beide combinirt und 3 mal Katheterismus posterior. Von den 24 Kranken starben 4, und zwar an Collaps, Phthise, Sepsis, Uraemie. 4 verliessen vor beendeter Heilung das Krankenhaus, 16 wurden geheilt. Von diesen 16 konnte bei 6 festgestellt werden, dass die Heilung eine dauernde geblieben war.

Von den 4 traumatischen Stricturen wurde eine mit Fistel entlassen, 3 wurden und blieben geheilt.

12) Miller: **Zur Verwendung gestielter Hautlappen.** (Seemannskrankenhaus Hamburg.)

Bericht über 3 Fälle, wo Defecte an den oberen und unteren Extremitäten durch gestielte Hautlappen von der Bauch- bezw. Wadenhaut mit gutem Erfolg gedeckt wurden.

13) Pels Leusden: **Ueber die bei Tuberculose des Kniegelenks zu beobachtenden Wachsthumsveränderungen am Femur.** (Chirurg. Klinik Göttingen.)

Um über die Wachsthumsverhältnisse am Femur bei Tuberculose des Kniegelenks Aufschluss zu bekommen, hat Verf. eine grosse Zahl von Messungen, zum Theil mit Röntgenstrahlen vorgenommen. Darnach ergab sich, dass während des Florescenzstadiums der chronischen, im Wachsthumsalter auftretenden tuberculösen Kniegelenksentzündung, sehr häufig Verlängerung des entsprechenden Femur stattfindet. Zweifelhaft ist es, ob diese Verlängerung später einer Wachsthumsverminderung Platz macht. Die Verlängerung betrifft vorzugsweise den Femurschaft und ist in der Hauptsache bedingt durch ein vermehrtes Wachsthum von der unteren Epiphyse aus. Ihre Ursache liegt in einem von dem erkrankten Gelenk aus auf die Epiphysenlinie wirkenden vermehrten Wachsthumsreiz.

14) Hinsberg: **Beiträge zur Entwicklungsgeschichte und Natur der Mundspeicheldrüsengeschwülste.** (Chirurg. Klinik und anatom. Institut zu Strassburg.)

Eine sorgfältige Analyse von 9 Beobachtungen und eine eingehende Kritik der fremden Anschauungen. Nach H. bestehen die abgekapselten Geschwülste der Speicheldrüsen, und wahrscheinlich auch die ihnen verwandten von anderen Gegenden des Kopfes aus epithelialen Elementen und einem der Knochen-Knorpelreihe angehörenden Stroma. Stehen beide Gewebe in organischer Wechselbeziehung, so sind die Tumoren gutartig. Wird diese Wechselbeziehung gestört und gelangt das Epithel in eine ihm fremdartige Umgebung, so wächst es allein, ohne das ursprüngliche charakteristische Stroma, der Tumor wird bösartig.

Beide Geschwulstcomponenten, Epithel wie Stroma entwickeln sich aus embryonal verlagerten Gewebskeimen im Sinne von Cohnheim. Verf. erörtert die beim Embryo für eine solche Verlagerung gegebenen Bedingungen und setzt ausführlich die Gründe auseinander, die ihn veranlassen, an der Richtigkeit der vielfach vertretenen Auffassung, dass die Geschwülste sich aus den Endothelien der Saftspalten und Lymphgefässe entwickeln, zu zweifeln und sie als epitheliale Gebilde in Verbindung mit abgesprengtem, osteo-chondrogenem Gewebe aufzufassen.

15) W. Meyer: **Zur Ruptur der Arteria poplitea.** (Stadtkrankenhaus Hannover-Linden.)

Der von M. mitgetheilte Fall beweist, dass eine subcutane Ruptur der Arteria poplitea auch ohne Blutgeschwulst und ohne Spannungsgefühl in der Kniekehle des Verletzten verlaufen kann. Die Verletzung konnte in Folge dessen nicht diagnosticirt werden, es trat Gangraen des Unterschenkels ein.

Verf. räth, in jedem Falle von Quetschung des Kniegelenkes, sobald der Kranke über Kälte und Taubheit im Fusse klagt, an eine Ruptur der Poplitealgefässe zu denken.

16) Bier-Kiel: **Versuche über Cocainisirung des Rückenmarkes.** (Chirurg. Klinik Kiel.)

B. berichtet über sehr bemerkenswerthe Versuche, die er angestellt hat, um durch Cocainisirung des Rückenmarks grosse Strecken des Körpers unempfindlich gegen Schmerz zu machen. Zu dem Zwecke spritzte er auf dem Wege der Quincke'schen Lumbalpunction kleinste Mengen Cocain in den Sack der Rückenmarkshäute. Auf diese Weise konnte er mit 0,005—0,01 Cocain verschiedene grosse Operationen, Resection des Fuss- und Kniegelenkes, Nekrotomie der Tibia, Resection des Sitzbeinknochens, Resection bei einer complicirten Oberschenkelfractur, Operation einer Osteomyelitis femoris, ohne jeden Schmerz des Patienten ausführen.

Als ein Nachtheil des Verfahrens zeigten sich in mehreren Fällen ziemlich heftige, 1—2 Tage dauernde Beschwerden, nämlich Kopfschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen. Um über dieselben ein sicheres Urtheil zu gewinnen, versuchte er die Cocaininjection an sich selbst und seinem Collegen Hildebrand. Es erwies sich, dass bereits nach 5—8 Minuten im ganzen Gebiete der Beine Empfindungslosigkeit eintritt. Bei 0,005 g Cocain dauert diese Empfindungslosigkeit etwa 45 Minuten; allmählich kehrt dann die Empfindung zurück. Die Nachwirkungen des Cocains waren bei beiden Herren sehr intensive, Bier musste sogar mehrere Tage das Bett hüten (bei ihm war allerdings viel Liquor cerebrospinalis abgeflossen).

Vor weiteren Versuchen an Menschen glaubt B. zunächst noch genauere Untersuchungen am Thier über den Gegenstand anstellen zu müssen.

17) Stieda: **Ueber die Eröffnung der Bauchhöhle vom kleinen Becken her.** (Chirurg. Klinik Königsberg.)

Beim Weibe lässt sich der vaginale Bauchschnitt ausser zu gynäkologischen Eingriffen auch zu chirurgischen Operationen verwenden, zur Exsudatentleerung bei tuberculöser Peritonitis, bei Ascites, bei diffuser und circumscripter eitriger Peritonitis.

Beim Manne kommen zur Eröffnung der Bauchhöhle von unten her 3 Wege in Betracht:

1. die Eröffnung des Douglas zwischen Blase und Rectum vom Damm her (Laparotomia perinealis),
2. die Eröffnung der Bauchhöhle vom Cavum ischio-rectale her (L. ischio-rectalis),
3. vom Kreuzbein her (L. sacralis).

Die Indication zur Laparotomie von unten her werden vornehmlich solche perityphlitische Abscesse geben, welche in den Douglas herabreichen und von oben her ohne die Gefahr der Eröffnung der Bauchhöhle nicht erreichbar sind. Das einfachste Verfahren wird die perineale Incision im Gegensatz zu dem von Koch (Nürnberg) für solche Abscesse empfohlenen parasacralen Schnitt sein. Von v. Eiselsberg wurden 2 tiefsitzende Abscesse durch den perinealen Schnitt mit vollkommenem Erfolg eröffnet.

18) de Quervain-Chaux-de-Fonds: **Beitrag zur Aktinomykose des Schädelinnern.**

Der tödtlich verlaufene Fall hatte intra vitam mannigfaltige cerebrale Symptome verursacht. Bei der Autopsie fanden sich alte, aktinomykotische Veränderungen an der Schädelbasis und am Halse und eine aktinomykotische Meningitis.

Die Eintrittspforte konnte nicht ermittelt werden. Es ist anzunehmen, dass der Krankheitserreger entweder durch die Mund- oder Rachenhöhle eingedrungen ist, ohne an der Eintrittspforte eine primäre Laesion zu hinterlassen, oder — es hatte früher eine Mittelohreiterung bestanden — im Mittelohr latent vorhanden gewesen und in Folge einer Secretstauung weiter gewandert ist.

In dem Meningitiseiter wurden neben dem Aktinomyces spärliche weisse Staphylococcen gefunden. Verf. ist geneigt anzunehmen, dass dieselben durch Verunreinigung hineingekommen sind und dass es sich um eine reine Aktinomycesmeningitis gehandelt hat.

19) E. v. Meyer: **Ueber einen geheilten Fall von Lungengangraen, auf embolischem Wege entstanden, bei septischem Abort. Pneumotomie. Heilung.** (Diakonissenhaus Frankfurt a. M.)

Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1899. No. 19.

K. G. Lennander-Upsala: **Ueber die Möglichkeit, Thrombose in den Venen der unteren Extremitäten nach Operationen zu verhüten, nach denen längeres Stilliegen nöthig ist.**

Im Anschluss an zahlreiche Erfahrungen, die L. hauptsächlich an Appendicitisoperationen machte (160 Fälle, wovon 5 mit Thrombose der Venen der unteren Extremität complicirt waren) und nach entsprechenden theoretischen Erwägungen über die Rolle von Verlangsamung des Blutstroms und localen Veränderungen in den Gefässwänden, kommt L. zu der Ansicht, dass sich in den meisten Fällen einer Thrombenbildung in den Venen der unteren Extremitäten dadurch vorbeugen lässt, dass man mittels Erhöhung des Fussendes des Bettes (durch Unterlagen von Holzklötzen unter die Bettfüsse [26—45 cm] hoch) den Abfluss des venösen Blutes aus den unteren Extremitäten nach dem Herzen zu erleichtert. Bei schwächer Herzthätigkeit, niedrigem Blutdruck kann auch durch subcutane Infusion von Kochsalzlösung, entsprechend stimulirende und tonisirende Behandlung der Blutdruck erhöht und damit zur Verhütung von Thrombose eingewirkt werden. Nach einer traurigen Erfahrung von Lungenembolie nach Phlegmone am Knie ist es in L.'s Klinik Regel, in allen Fällen, in denen die Extremitäten erweiterte Venen unterhalb des Verbandes aufweisen, einen leichten Compressionsverband mit Flanellbinde distal anzulegen, das Bein hoch zu lagern. Nach Trendelenburg's Unterbindung der Vena saph. magna lässt L. seine Patienten 3 Wochen nicht aufstehen. Ist eine beginnende Thrombose in einer der unteren Extremitäten diagnosticirt, so erachtet er es für besser, das Fussende des Bettes zu erhöhen, als nur das kranke Bein hoch zu lagern.

L. Kofman: **Zur Tamponade der Urethra.**

Mittheilung eines Falles von bedrohlichen Urethralblutungen bei Gonorrhoe, in denen K. mittels einer langen Knopfsonde einen dünnen, in Sol. alum. subacet. getauchten Gazestreifen in die Harnröhre einführte und so die Blutung stillte.

R. Trzebicky: **Fremdkörper in der Blase von Männern.**

Casuistische Mittheilung von 5 Blasenfremdkörpern (Gänsefederkiel, Glasstäbchen), ein Fall bestätigt die Ansicht, dass filiforme Bougies bei Harnröhrenstricturen in die Blase gleiten «von derselben gewissermaassen verschlungen werden können und empfiehlt T. desshalb auch das freie Ende derselben gehörig zu fixiren.

Schr.

Archiv für Gynäkologie. 1899, 57. Band, 3. Heft.

1) E. Fraenkel: **Ueber Corpus luteum-Cysten.** (Neues allgem. Krankenhaus in Hamburg.)

In einer früheren Arbeit hatte F. gezeigt, dass diese Cysten durch active Proliferationsprocesse des Follikelepithels entstehen. Durch neue Untersuchungen konnte er mikroskopisch und culturell in vereiterten Corpus luteum-Cysten Gonococcen nachweisen, und er sagt auf Grund dieses interessanten Befundes mit Recht, dass wir damit einen neuen schädigenden Einfluss des Gonococcus auf den weiblichen Genitalapparat kennen gelernt haben.»

2) A. Sippel-Frankfurt a. M.: **Bemerkungen zur Naht und Schnittführung am Uterus bei Kaiserschnitt (hinterer Längsschnitt).**

S. geht von der Erfahrung aus, dass trotz aller Vorsicht das Lochialsecret nicht immer steril ist, so dass die Seide, welche zur Uterusnaht nach Kaiserschnitt verwendet wird, capillär eine Fortleitung der Bacterien bewirken kann. Er führt desshalb einen isolirten Abschluss des Uteruscavum durch versenkte fortlaufende (nicht capilläre) Catgutnaht aus. Damit die Naht exact gemacht werden kann, vermeide man bei der Incision die Placenta, incidire also z. B. bei ihrem Sitz an der vorderen Wand die hintere Wand (hinterer Längsschnitt).

3) C. Wippermann-Sinsheim a. E.: **Untersuchungen über das Gewichtsverhältniss zwischen Foetus und Placenta bei der Albuminurie in der Schwangerschaft.**

W. untersuchte das Material der Baseler Frauenklinik unter Fehling's Leitung (1887—1894) und fand:

Zwischen Kind und Placenta besteht bei ungestörter Entwicklung zur Zeit der Reife ein bestimmtes Gewichtsverhältniss. Die Albuminurie verursacht eine geringere Entwicklung der Frucht, gekennzeichnet durch eine Gewichtsverminderung des Kindes. Es tritt also eine relative Vergrösserung des Placentargewichts ein, verstärkt durch eine Erhöhung des absoluten Placentargewichts.

4) L. Schaller: **Ueber Phloridzindiabetes Schwangerer, Kreissender und Neugeborener und dessen Beziehungen zur Frage der Harnsecretion des Foetus.** (Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.)

Um die Frage nach der Herkunft des Fruchtwassers zu lösen, ist Phloridzin besonders geeignet; reicht man es der Mutter (die Frauen erhielten eine alkoholisch-wässerige Lösung als «Wehenschnaps» per os), so erfolgt Zuckerausscheidung in den mütterlichen und kindlichen Nieren; im Blut der Mutter dagegen ist der Zuckergehalt vermindert; wenn also im Fruchtwasser darnach Zucker auftritt, muss er durch die kindlichen Nieren, nicht durch Transsudation vom mütterlichen Blute hineingelangt, also der Foetus durch Nierenthätigkeit an der Fruchtwasserbildung betheiligt sein. 34 Versuche am Menschen und 4 am Thiere ergaben die überraschende Thatsache, dass das Fruchtwasser der Schwangeren niemals, das der Kreissenden nur bei Kreislaufsstörungen des Foetus kindlichen Urin enthält. Eine regelrechte Thätigkeit der Niere des Neugeborenen kommt erst post partum zu Stande.

5) L. Pick: **Zur Anatomie und Genese der doppelten Gebärmutter.** (Prof. Landau's Frauenklinik Berlin.)

P. beschreibt einen neuen Fall von Uterus duplex myomatosus und erörtert die Art, in welcher die beiden Müller'schen Gänge zu einem einzigen Corpus uteri verschmelzen; die Stellung der Hauptleisten der Plicae palmarum lässt erkennen, in welcher Weise die beiden Müller'schen Gänge ursprünglich zu einander verliefen, und welche Rotation um die Längsachse sie machten.

6) B. Wolff: **Ueber Missbildungen mit einfacher Nabelarterie.** (Kgl. Charité, geb.-gyn. Universit.-Poliklinik.)

An 2 Missbildungen, welche diesen Befund boten und eingehend von W. untersucht wurden, kommt der Verfasser zu einer Bestätigung der Hypothese, dass «die einfache Nabelschlagader der Sirenen und der ihnen nahestehenden Missgeburten eine functionelle Bildung darstellt.»

7) E. Grisstede: **Ueber operative Behandlung der Retroflexio uteri fixata.** (Geb.-gyn. Klinik der kgl. Charité).

45 Ventrofixationen des Uterus durch Gusserow; bei 24 nachuntersuchten Frauen 2 Graviditäten, Geburt spontan. Die früheren Beschwerden waren gebessert bei 5, geheilt bei 13 Frauen; 1 Recidiv. Bei 5 anderen Ventrofixationsfällen der Klinik und Poliklinik fiel jedesmal die lange Geburtsdauer auf.

8) F. Mainzer-Berlin: **Zur Aetiologie und Therapie der Gynatresien, insbesondere der Haematosalpinx bei Gynatresie.**

Durch mikroskopische und bacteriologische Untersuchung zweier Fälle kommt M. zu dem Ergebnisse, dass die Veit-Meyer'sche Hypothese «Die Haematosalpinx ist das Kriterium für infectiös erworbene Atresie; die Haematosalpinx ist das Product bacterieller Entzündung» nicht anzuerkennen ist. Die Therapie soll möglichst conservativ sein, die Castration thunlichst vermieden werden.

9) E. Knauer: **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberculose.** (Klinik Chrobak-Wien.)

In einem Falle von chronischer Tuberculose war das abdominelle Tubenende offen und es hatten sich in der Bauchhöhle

käsig-tuberculöse, abgesackte Tumoren gebildet durch Entleerung des Tubeninhalts in die Bauchhöhle.

58. Band, 1. Heft.

1) Schatz: **Die Gefässverbindungen der Placentarkreisläufe eineiiger Zwillinge, ihre Entwicklung und ihre Folgen.**

Sch. behandelte in den bisher erschienenen 2 Aufsätzen die normal geformten (orthomorphen) Makro- und Mikrocardii, in dem heutigen III. Aufsatz beschreibt er unter dem Titel «die Acardii und ihre Verwandten» Missbildungen und unterscheidet 1) primäre Bildungsstörungen als «Heteromorphie» und 2) secundäre Defecte und Missbildungen. Demgemäss behandelt er in diesem Aufsatze heteromorphe Mikro- und Makrocardii und benützt die an diesen gewonnenen Befunde, um die Acardii zu unterscheiden in solche, die aus heteromorphen d. h. nicht ganz normalen Früchten und solche, welche aus normalen Früchten entstanden sind.

2) W. Nagel: **Zur Frage des Hermaphroditismus verus.**

Entgegen Blacker-London deutet N. einen 8½ monatl. todt geborenen Foet als männlich mit stark entwickeltem Weberschen Organ. Er schliesst, beim Menschen sei überhaupt keine Zwitterbildung nachgewiesen worden, beim Schwein wurde eine solche vereinzelt gesehen bei Missgeburten; ein Functioniren der Zwitter sei beim Säugethier ebensowenig bekannt, wie beim Menschen.

3) Heinricius und Kolster: **Zwei Früchte, verschiedenen Schwangerschaftszeiten entstammend, in demselben Tubensack.**

Durch Autopsie wurden in einer Tube 2 reife Foeten festgestellt, der eine makroskopisch unversehrt, der andere mit Ausnahme der Knochen vollkommen macerirt.

4) Prochownick und E. Rosenfeld: **Ueber einen Fall von maligner Entartung des Chorionepithels.**

P. schliesst im klinischen Theil, zur Beurtheilung müssten möglichst Symptomengruppe und Mikroskop übereinstimmen.

R. hält nach den Präparaten «das Syncytium maternen, die Langhans'sche Zellschicht foetalen Ursprungs».

5) Maiss: **Retroflexio uteri gravidi partialis; Spontanruptur bei der Geburt.**

Die Ruptur sass gegenüber den die hintere Uteruswand fixirenden Verwachsungen und wird auf den veränderten Fruchtachsendruck zurückgeführt.

6) Gottschalk: **Zur Lehre von den Haematommolen bezw. dem sogenannten tuberösen, subchorialen Haematom der Decidua.**

G. nimmt den Begriff des «Tuberösen, subchorialen Haematoms» als einen allgemeinen und will zum Unterschied davon das von Breus zuerst beschriebene Krankheitsbild als Haematommole bezeichnet wissen.

7) Th. Schrader: **Prolapsus recti bei einer bisher nicht beschriebenen Missbildung des Afters („extramediane Afterspaltung"); Heilung derselben durch Proktoplastik.**

Sch. nimmt als Ursache für die Missbildung amniotische Verwachsungen an.

8) W. Rubeska: **Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett.**

R. fand wunde Warzen bei 40—50 Proc. aller stillenden Frauen. Die Krankheit beginnt meist am 3.—4. Tage des Wochenbetts. Prophylaktisch lässt er die Warzen täglich mit warmem Wasser und Seife waschen, event. mit Milchpumpen vorziehen und einen Tag mit 60 proc. Alkohol, den andern mit Glycerin bestreichen. Während des Stillens werden die Warzen täglich 2 mal mit warmem Seifenwasser und 60 proc. Alkohol desinficirt. Bei wunden Warzen wendet er ausserdem noch Occlusivverbände mit 3 proc. Borwasser an und bei ausgedehnteren Wunden Warzenhütchen aus Gummi. Die Mastitiden behandelt er im Beginn mit energischer Desinfection, mit 0,5 proc. Sublimatumschlägen, Aspiration der ersten Milch und Eis. Beginnt die Mastitis mit Schüttelfrost, hohem Fieber und sehr schmerzhafter Infiltration, so macht er parenchymatöse Injectionen von 3 proc. Carbolwasser 2—3 Pravazspritzen. Schädliche Folgen hat er davon nie gesehen.

9) Siegfried Neumann: **Dermoidcyste eines überzähligen Eierstockes mit maligner (perithelialer) Degeneration der Cystenwand.**

«Die Peritheliome entwickeln sich um die Blutgefässe — und zwar von den mittelgrossen Gefässen bis herab zu den Capillaren — herum, aus den äusseren Wandungselementen.» — «Zahlreiche Eigenschaften dieser Geschwülste stimmen mit jenen der Sarkome überein, wogegen sie von den Carcinomen mit Bestimmtheit zu unterscheiden sind.» — Die Frage über den embryologischen und histologischen Charakter der Perithelzellen lässt Neumann unentschieden. Histologisch muss die Geschwulst als bösartig angesehen werden. Gustav Klein-München.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 19

1) H. Löhlein-Giessen: **Die Adhaerenz des unteren Eipols als Ursache der verzögerten Eröffnungsperiode.**

Die gewöhnlich auf «Wehenschwäche» zurückgeführte Verzögerung der 1. Geburtsperiode beruht nach L. nicht selten auf der in der Ueberschrift genannten Anomalie, welcher in der Regel chronisch-endometritische Vorgänge zu Grunde liegen. Man erkennt dieselbe bei der Untersuchung durch den in den inneren Muttermund geführten Finger, der sofort die bestehenden Adhaerenzen zu lösen hat. Gewöhnlich tritt bald eine deutliche Beschleunigung der Geburt danach ein, sonst ist die Sprengung der Blase indicirt. L. fand den genannten Process unter 3000 Geburten 15 mal, d. h. in ½ Proc. der Fälle. Diese Adhaerenzen sind nicht mit den von Hecker und Litzmann beschriebenen, weit selteneren Verwachsungen der Eihäute mit der Innenwand der Cervix zu verwechseln.

2) W. Thorn-Magdeburg: **Zur Frage der Tubenwehen.**

Ob die menschlichen Tuben selbständig Contractionen machen, ist eine bisher noch ungelöste Frage. Ein von Engström hierfür veröffentlichter Fall ist nicht eindeutig. Th. operirte einen Fall, den er für beweiskräftiger hält. Es handelte sich um eine 32jähr. Frau mit incompletem tubaren Abort und peritubarem Haematom, die durch Exstirpation der Tube geheilt wurde. Das Präparat, dessen nähere Beschreibung im Original nachzusehen ist, zeigte das Ei ausserhalb der Tube durch eine Art Inversion innerhalb eines peripheren Haematoms gelegen, wohin es nach Th.'s Ansicht nur durch wehenartige Contractionen der Tube gelangt sein konnte. Ob dieser Befund nicht auch noch eine andere Entstehungsmöglichkeit zulässt, darf vielleicht doch als fraglich bezeichnet werden.

3) L. Thumim-Berlin: **Ein Fall von Sectio caesarea mit querem Fundalschnitt nach Fritsch.**

Kurzer Bericht über einen glücklich verlaufenen Fall (von L. Landau operirt) bei einer 35jährigen Frau mit allgemein verengtem, plattem, rachitischem Becken. Bei den vorangegangenen 7 Geburten war bisher kein lebendes Kind geboren.

4) Josef v. Breitenberg-Innsbruck: **Beitrag zur conservativen Sectio caesarea mit querem Fundusschnitt nach Fritsch.**

Ebenfalls glücklich verlaufener Fall (Operateur Ehrendorfer) bei einer 33jährigen III. Para mit allgemein verengtem, platt rachitischem Becken. v. B. hebt als Hauptvortheile des queren Fundalschnitts die Vermeidung des unteren Uterinsegments und die leichtere Entwicklung der Frucht hervor.

5) Siedentopf-Magdeburg: **3 conservative Kaiserschnitte mit Eröffnung des Uterus durch queren Fundalschnitt.**

In den 3 Fällen handelte es sich 2 mal um I. Parae mit rachitisch plattem Becken, 1 mal um eine Multipara mit inoperablem Portiocarcinom. Die Operation verlief in allen Fällen für Mütter und Kinder günstig, nur im 2. Fall wurde der Uterus in Nabelhöhe neben der Wirbelsäule adhaerent.

6) W. Perlis-Kiew: **Sectio caesarea mit Fundalschnitt nach Fritsch.**

P.'s Fall betraf eine 27jährige II. Para mit jauchigem inoperablem Portiocarcinom. Die Operation verlief zunächst mit günstigem Resultat für Mutter und Kind.

7) Spinelli-Neapel: **Chirurgische conservirende Behandlung der chronischen Uterusinversion nach dem Verfahren von Kehrer.**

Das Küstner'sche Verfahren bei chronischer Uterusinversion (Eröffnung des hinteren Douglas und Spaltung der hinteren Uteruswand) hat nach S. den Nachtheil, dass die an und für sich schon hypertrophische hintere Uteruswand nach der Operation noch dicker wird, die Kehrer'sche Methode (Spaltung der vorderen Wand des Uterus) vereinfacht zwar die Reinversion, erschwert aber die Reposition. S. verfuhr desshalb in einem glücklich verlaufenen Falle (27jährige Frau mit Inversio uteri seit 2 Jahren nach einer Frühgeburt) in der Weise, dass er die vordere Kolpokoeliotomie und Vaginaefixation nach Dührssen mit der vorderen Hysterotomie nach Kehrer verband. Der Verlauf war günstig.

8) Ottocar Gerich-Riga: **Ueber Atmokausis und Zestokausis (Pincus).**

Kurzer Bericht über 7 mit Dampf nach Pincus' Vorschriften glücklich behandelte Fälle. 4 davon betrafen Frauen mit Abort, wo erst die Placentarreste entfernt wurden, 2 mal handelte es sich um Endometritis, 1 mal um multiple Myome mit starken Metrorrhagien. Die Arbeit beweist mehr für die Unschädlichkeit als für die alleinige Wirksamkeit des Verfahrens, da die Abortfälle wahrscheinlich nach der Ausräumung der Placentarreste auch so zur Heilung gelangt wären. Mehrere der Frauen wurden ambulatorisch (!) behandelt und dann nach Hause entlassen.

9) Otto Wille-Braunschweig: **Ein sehr billiger Koeliotomietisch.**

Der Tisch, den W. angibt und dessen Kosten er auf ungefähr 20 (!) M. veranschlagt, besteht aus rohem, unpräparirtem Fichtenholz. Seine Länge beträgt 130 cm, die Höhe 90 cm, die Breite 50 cm. Die Herstellung der Beckenhochlagerung (45°) geschieht durch Stürzen oder Kippen des Tisches. Alles Nähere siehe im Original.

10) Oskar Beuttner-Genf: **Eine neue Salbenspritze.**

Dieselbe besteht ganz aus Metall und kann, im Gegensatz zur Tommasoli'schen Salbenspritze gründlich sterilisirt werden. Beschreibung siehe im Original. Zu beziehen durch Croix rouge, Rue de Montblanc, Genf. Jaffé-Hamburg.

Virchow's Archiv. Band 153. Heft 3.

1) Al. Maximow: **Ueber die experimentell hervorgerufene Amyloidentartung der Leber.**

Nach den Untersuchungen von Krawkow lässt sich bei Kaninchen und Hühnern durch wiederholte subcutane Injection

von Bouilloncultуren des Staphylococcus pyogenes aureus in steigender Dosis innerhalb 1—2 Monaten mit grosser Sicherheit Amyloidentartung erzeugen. Zuerst tritt auch in diesen Versuchen das Amyloid in der Milz auf; manchmal schon einige Tage nach Beginn der Injectionen. Staphylococcengifte ergaben Krawkow kein Resultat, wohl aber in einem Fall wiederholte Injection von Pyocyaneusculturproducten. Die Angaben Krawkow's wurden seither mehrfach bestätigt; Maximow benützt die Methode im Vergleich mit der Untersuchung von Amyloidfällen von Menschen und Pferden zu einer histologischen Studie über die Anfänge der Degeneration in der Leber. Er bestätigt, dass weder Zellen noch Stützsubstanzen in Amyloid metamorphosiren. Die ersten Ablagerungen treten zwischen den Muskelzellen der Gefässmedia und zwischen Leberzellen und Capillarwänden auf. Bei den höheren tritt in grosser Menge eine dem «Hyalin» in Parallele zu setzende Substanz vor und neben dem mit Jod nachweisbaren Amyloid auf. Die Veränderungen der Zellen sind im Wesentlichen die einer extremen Atrophie; daneben finden sich im portalen Bindegewebe reichlich acidophile Zellen, deren Granula M. von der Aufnahme degenerirender Kern- und Zellleibssubstanzen abzuleiten geneigt ist, sowie in Hühnerlebern gallengangähnliche atrophische Drüsenschläuche und umschriebene nekrolitische Herde.

Für die am Schlusse gegebene Deutung des Amyloids als «Endproduct perversen Stoffwechsels der Zelle» — aber auch als Abscheidung der collagenen Fasern, der Membranae propriae der Drüsen — bringt die Abhandlung keine neuen Belege — wenn nicht der Befund von Amyloidschollen zwischen Leberzellen an Stellen, wo diese nicht durch Capillaren getrennt sind, sondern direct aneinander stossen (Täuschung? Ref.), dafür gelten soll (pag. 389).

2) J. Kramsztyk und A. Ciagliński-Warschau: **Bluterguss im Gehirn eines Kindes, Gehirngeschwulst (Apoplexia cerebri, Gliosarkoma teleangiektaticum).**

Umständliche Beschreibung eines Falles von Gliosarkom der linken Hemisphäre. Das Kind zeigte 10 Wochen lang Bewusstlosigkeit mit zeitweiligen lichteren Intervallen, fast tägliches Erbrechen, mehr weniger starke Krämpfe, besonders der Gesichts- und Halsmuskeln, seltener der Extremitäten, überwiegend rechtsseitig; schliesslich dauernde Contractur der Extremitäten. Initialer und noch zweimal wiederkehrender Herpes labialis, niemals Nackenstarre. Beiderseitige «Sehnervenentzündung», Nystagmus, gegen Ende Strabismus. Knie- und Hautreflexe, sowie Kernig'sches Phänomen (Starrwerden der in Rückenlage erschlafften unteren Extremitäten, wenn dieselben im Hüftgelenk stark gebeugt werden) Anfangs vorhanden, später fehlend. Decubitus, Tod unter Fiebererscheinungen, Lähmung der rechten Gesichtshälfte.

Die Autopsie ergab einen faustgrossen Blutungsherd der linken Hemisphäre, mit Geschwulstresten eines Gliosarkoms. In Pial- und Rindenarterien der ganzen Hemisphäre Hypertrophie aller Gefässhäute, insbesondere der Intima (Endarteriitis obliterans). Da Lues und Tuberculose ausgeschlossen, muss letztere als von dem Neoplasma ausgelöst betrachtet werden, vielleicht weniger durch mechanische, als «durch sozusagen toxische Einflüsse, welche die Neubildung auf das Nachbargewebe, aber auch auf entferntere Theile ausübt.»

3) L. Merk-Graz: **Cutanes Sarkom und Haarwechsel; eine beachtenswerthe Coincidenz.**

Ein sehr dankenswerther Beitrag zur Kenntniss der Formbarkeit und «functionellen Structur» (Roux) der Zellen. Die Zellen einer um einen jungen Haarbalg gewucherten Rundzellsarkommetastase zeigen verschiedene Form des Kerns und Zellleibs, je nachdem sie unter intra vitam oder arteficiell (z. B. bei der Alkoholconservirung gesetzter) bestimmt gerichteter oder allseitig gleicher Druck- und Zugeinwirkung stehen: im letzteren Falle runde Zellen und Kerne, im ersteren in die Länge gezogene, abgeflachte etc. Gebilde. Seine Befunde leiten Verf. zu der, allerdings an den gewöhnlich studirten «Zellreihen»bildern nicht erweisbaren Annahme, dass die lebende, nicht secundär veränderte Sarkommasse (die Zellen) sich in ihrer Consistenz eher einem weichen, zähflüssigen als einem starrfaserigen Zustande nähern. — Hinsichtlich des Haarbalges folgert M. aus seinen Bildern (s. Orig.), dass die Ringfaserschicht allein unter dessen Häuten einer concentrisch wirkenden Kraftentfaltung fähig ist. Ferner vermag der Arrector eine beträchtliche andauernde Zugwirkung auszuüben.

4) A. Bier: **Die Entstehung des Collateralkreislaufes.** Theil II: Der Rückfluss des Blutes aus ischaemischen Körpertheilen. (Schluss)

Es können von der neuen Serie der fundamentalen Untersuchungen Bier's hier nur die Schlussfolgerungen seiner «Theorie des vorläufigen Collateralkreislaufs» angeführt werden. Sobald an irgend einem äusseren Körpertheile eine Kreislaufstörung eintritt, entsteht daselbst in den kleinsten Gefässen sofort eine gewaltige Herabsetzung der Widerstände für den arteriellen Blutstrom, welcher das Blut mit sehr grosser Schnelligkeit nach diesem Orte hinfliessen lässt. Ist die arterielle Zufuhr ganz aufgehoben, so «wehren sich» die kleinen Gefässe und Capillaren gegen den Rückstrom venösen Blutes; ist sie zu gering, um die zur Blutbewegung nöthige Triebkraft (Druckunterschiede) zu schaffen, so befördern die kleinen Gefässe durch eine selbständige Bewegung das Blut gegen die Venen weiter. Diese Einrichtung ist die wirksamste und einfachste, um in einem Röhrennetz locale Störungen zu überwinden Ausnahmen kommen vor: So muss z. B. bei chronischen Nierenerkrankungen durch Drucksteigerung im ganzen Röhrensystem der nothwendige höhere Filtrationsdruck hergestellt werden; bei Spannung der Carotiden steigt der Blutdruck rasch und beträchtlich, was B. nicht als eine «zufällige und zwecklos eintretende Gehirnreizung», sondern als eine «wohlberechnete, ausserordentlich zweckmässige Schutzeinrichtung für das Gehirn» — als «Versuch» einer gewaltsamen Sprengung oder Umgehung des Hindernisses deutet u. s. w. Die Regulationseinrichtungen scheinen ziemlich unabhängig vom Centralnervensystem functioniren zu können.

Im Nachtrag ergänzt B. frühere Mittheilungen über die Unempfindlichkeit des Magens und Darms gegen operative Eingriffe dahin, dass Lösung von Verwachsungen stets, Abbinden der Gekröse meist sehr empfindlich ist.

5) S. P. Heinze: **Experimentelle Untersuchungen über Infiltrationsanaesthesie.**

In ausgedehnten Reihen von Selbstversuchen prüfte H. mit Braun den Werth der gebräuchlichen Infiltrations-Localanaesthetica und stellt Grenzwerthe ihrer Wirksamkeit fest (endermatische Injection der bei mittlerer Zimmertemperatur gehaltenen Lösung) Als Kriterien werden angesetzt: Genügende, langdauernde und völlig anaesthesirende Kraft; keine durch das Mittel bedingte Schmerzempfindung während oder nach der Application; Fehlen aller schädlichen Nebenwirkungen. Diesen Anforderungen genügen nicht:

1. Aqua destillata und alle zu stark verdünnten Lösungen (welche durch Quellung der Gewebe Schmerz und Schädigung erzeugen. Die Lösungen müssen also isotonisch den Körpersäften gegeben bezw. durch Zusatz von 0,6 proc. Kochsalz- (oder einer anderen indifferenten Salz-) lösung isotonisch gemacht werden.

2. Bromkali 3proc. (Schleich), Coffein 2proc.: Dieselben wirken stark nervenirritirend und ungenügend anaesthesirend.

3. Methylviolett 1proc. (Schleich): Gleichfalls Anaestheticum dolorosum, stets mit folgender Nekrose der Quaddeln.

4. Carbolsäure 0,2—1proc. (Schleich): Nur in 0,4proc. Lösung wirkt sie als reines Anaestheticum, aber für ganz kurze Dauer.

5. Morphium: Zeigt in 0,1proc. wässeriger Lösung nur Wasserwirkung und Paraesthesien, letztere noch in Lösung von 1:100000; in concentrirteren Lösungen (bis 4proc.) geringen Injectionsschmerz, volle anaesthesirende Wirkung; starke Lymphgefässinfiltration der Umgebung und erhöhte Eigentemperatur der Injectionsstelle (s. Orig.).

6. Formanilid, Acetanilid, Antipyrin, Guajacol, Guajacyl: Als Anaestetica dolorosa.

7. Cocain in 0,6proc. Kochsalzlösung wirkt bereits in 0,005proc. Lösung anaesthesirend, die 0,05—0,1proc. Lösungen wirken aber so vollkommen und dauernd anaesthesirend wie die entsprechenden wässerigen Lösungen, aber ohne Quellungsreizung und Nachschmerz. Weiteres s. Orig. Von den 3 Schleich'schen Lösungen ist Lösung III (0,01 Cocain muriat., 0,005 Morphin. muriatic., 0,2 Natr. chlorat., 100,0 Aq. dest.) völlig unbrauchbar, weil stark quellend und irritirend und nur kurz anaesthesirend; I und II (mit 0,2 bezw. 0,1 Cocain, 0,025 Morphin, 0,2 Natr. chlorat., 100,0 Aqua) sind praktisch verwendbar, obwohl noch quellend; ihre anaesthesirende Potenz beruht, entgegen Schleich's Annahmen, fast ausschliesslich auf der Cocainwirkung. Am passendsten ist nach Braun eine auf Körpertemperatur erwärmte Lösung von 0,05—0,2proc. Cocain in 0,8proc. Kochsalzlösung ohne weitere Zusätze.

8. Das Eucain A ist in physiologischer Kochsalzlösung bis zu 5 Proc. schmerzlos und ein ziemlich gutes Anaestheticum; höhere Concentrationen sind stark schmerzhaft. Dagegen ist Eucain B dem Cocain voll gleichwerthig und weil anscheinend weit weniger giftig und beim Kochen sich nicht zersetzend, diesem für Infiltrationsanaesthesie vorzuziehen. B. und H. empfehlen daher für letztere einzig folgende Lösung: Eucain B 0,1, Kochsalz 0,8, Aqua 100,0. Dieselbe hat sich auch für die Infiltration entzündeten Gewebes, auf Körpertemperatur erwärmt, völlig reizlos, rein lähmend erwiesen.

8. Orthoform 0,5proc. wirkt in physiologischer Kochsalzlösung rein anaesthesirend; jedoch zersetzen sich die Lösungen leicht beim Erwärmen, sowie bei längerem Aufbewahren.

9. Anesin 1—2proc. (v. Vámossy) zersetzt sich beim Kochen, ist leicht irritirend, vollständig und langdauernd anaesthesirend (ungefähr = 0,1proc. Cocain- oder Eucain B Lösung). Der Preis ist sehr hoch: 50 ccm = 3 M.

6) C. S. Engel: **Ist die progressive perniciöse Anaemie als Rückschlag in die embryonale Blutentwicklung aufzufassen?**

Zum Theil Polemik gegen Israel, Pappenheim, Ullmann, betreffend Blutfärbemethodik. Die im Titel aufgeworfene, bekanntlich von Ehrlich aufgestellte Hypothese, wird an 5 Fällen geprüft und durch Vergleich mit den bei der embryonalen Blutbildung auftretenden Formen bestätigt.

Schilling-München.

Berliner klinische Wochenschrift 1899. No. 20.

1) R. v. Jaksch-Prag: **Ueber pseudo-influenzaartige Erkrankungen.**

Durch seine Mittheilung will Verfasser vor Allem auch dem Missbrauch entgegen treten, der von Seite der Aerzte mit der Diagnose «Influenza» getrieben wird und fordert, dass nur der bacteriologische Nachweis der Influenzabacillen maassgebend sei; denn nach seinen Beobachtung gibt es eine Anzahl von Fällen, die klinisch das Bild der Influenza darbieten, bei denen aber keine Influenzabacillen nachweisbar sind. v. J. beschreibt den klinischen Verlauf mehrerer solcher Fälle, bei denen sich meist Streptococcen in grosser Menge fanden, aber keine Influenzabacillen. In einer Zahl von Fällen wurden nicht virulente Streptococcen aufgefunden, so dass diese Fälle vorläufig aetiologisch dunkel sind. Dem Artikel sind mehrere Fiebercurven beigefügt.

2) Karewski-Berlin: **Beitrag zur Heilung der narbigen Kieferklemme.** Cfr. Referat hierüber Münch med. Wochenschr. 1898, pag. 1573.

3) Levy-Dorn und Zadek-Berlin: **Zur Untersuchung mit Röntgenstrahlen bei Lungenechinococcus.** Ref. cfr. 394 der Münch. med. Wochenschr.

4) Vertan-Berlin: **Asterol als Antisepticum im Vergleich zum Sublimat.**

Entgegen den Mittheilungen von Fr. Steinmann in No. 11 der Berl. klin. Wochenschr. fand V. durch seine Nachprüfung, dass das Asterol keinen Vorzug vor dem Sublimat besitzt. Eine 4prom. Asterol-Lösung erwies sich als geringer bactericid wie 1prom.-Sublimat, erst 7prom. Asterol erreicht letzteres an Desinfectionskraft, da das Asterol viel weniger Hg enthält als das Sublimat. Ferner fällt eine 7prom. Asterol-Lösung Eiweiss, macht Seidenkatheter unbrauchbar und greift auch die Instrumente an, so dass V. in allen diesen Punkten die Angaben Steinmann's nicht bestätigen kann. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1899. No 19.

1) H. Salomon: **Bacteriologische Befunde bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa.** (Aus der med. Universitätsklinik in Kiel.)

In 3 Fällen von ca. 30 untersuchten Geschwüren der Mundschleimhaut wurde der von Bernheim zuerst beschriebene bacteriologische Befund (ein langer, an den Enden zugespitzter, oft etwas gebogener Bacillus, eine Combination von Stäbchen und Spirillen) constatirt. Wenn dieser Befund auch die Erkrankung als eine bestimmte, selbständige Form charakterisirt, so scheint er, angesichts des geringen Procentsatzes, doch nicht die Bedeutung zu haben, die Bernheim ihm für die Stomacace überhaupt zuschreibt.

2) H. Waitz: **Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis.** (Aus dem Vereinshospital in Hamburg.)

Vortrag mit Demonstration, mitgetheilt in der Sitzung des Hamburger ärztlichen Vereins am 21. Februar 1899. Referat siehe diese Wochenschr. No. 9, pag. 300.

3) A. Japha: **Ein Fall von Rückenmarkssyphilis mit Höhlenbildung.** (Aus der I. inneren Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Casuistischer Beitrag mit ausführlichem Krankheits- und Sectionsbericht.

3) Rudolph Rosenau: **Ueber die Bedeutung des Alkohols für die Ernährungstherapie.** (Aus dem physiologischen Institut der Universität Greifswald.)

Ueber die erregende und temperaturherabsetzende Wirkung des Alkohols sind genügende Erfahrungen und Untersuchungen gemacht. Die ernährende Wirkung des Alkohols dagegen ist noch bestritten. R. führt aus, dass 1 g Alkohol zwar beträchtlich mehr Calorien als Eiweiss und Kohlehydrate (7 gegen 4,1) liefert, ferner dass die Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureausscheidung durch Zufuhr von Alkohol nicht wesentlich verändert wird, durch die rasche Verbrennung des Alkohols also andere Körperbestandtheile vor Zersetzung bewahrt und Nahrungsstoffe erspart werden. Das Wichtige ist aber, ob sich diese Ersparung sowohl auf die stickstoffhaltigen als auf die stickstofffreien Elemente bezieht. Die bisherigen Versuche waren in dieser Beziehung nicht einwandsfrei. Durch Versuche im Landois'schen Institute wird nun bewiesen, dass dem Alkohol zwar eine fettsparende, keineswegs aber eine eiweisssparende Wirkung zukommt und damit ist demselben der Werth eines Nahrungsmittels abgesprochen.

5) J. Telgmann-Hildesheim: **Toxaemische Delirien bei Herzkranken.**

Unter Bezugnahme auf die von Eichhorst und Riegel in No. 25 bezw. 51 der vorjährigen Deutsch. med. Wochenschr. veröffentlichten Abhandlungen theilt T. 5 Fälle mit, die zwar den toxaemischen Charakter der Erregungszustände bei Herzleiden nicht in Frage stellen, jedoch den Beweis liefern, dass die gereichten Diuretica nicht allein beschuldigt werden können, dass vielmehr bei Herzkrankheiten auch ohne nachweisbare Veranlassung, und zwar gar nicht so selten, Aufregungszustände auftreten und sich, wie in den vorliegenden Fällen, sogar mehrmals wiederholen können.

6) A. Schücking-Pyrmont: **Ueber die Transfusion mit Natriumsaccharatlösungen.**

In Form einer vorläufigen Mittheilung berichtet S. über seine Versuche des Blutersatzes durch Transfusion. An Stelle der üblichen physiologischen Kochsalzlösung benützt er eine Lösung von 0,08 Proc. Kochsalz und 0,033 Proc. Natriumsaccharat. Die durch seine experimentellen Untersuchungen festgesetzten Hauptaufgaben der Transfusionslösungen seien Bindung der Kohlensäure, Herstellung der Isotonie und Aufschliessung des im Blute vorhandenen Nährmateriales. Die Bindung der Kohlensäure wird im Blutserum durch die Serumglobulin-Alkaliverbindungen bewirkt, das Natriumsaccharat erwies sich als zweckmässigstes Substituens, da es durch CO_2 in Zucker und Alkalicarbonat zerlegt wird und ausserdem für viele Körper, z. B. zahlreiche Metalloxyde, ein erhebliches Lösungsvermögen besitzt. Ein versuchsweiser Zusatz von 0,005—0,01 Proc. Calciumsaccharat aus theoretischen Gründen erwies sich praktisch nicht angezeigt. In den Fällen acut entstandener Anaemie, in denen die Lösung praktisch zur Verwendung kam, hatte die subcutane Injection von 100—300 g so guten Erfolg, dass die Methode der bisher üblichen Transfusion bald den Rang streitig machen dürfte. F. Lacher-München.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klininische Wochenschrift. 1899. No 19.

1) R. v. Töply-Wien: **Zur 500jährigen Gedenkfeier des Wiener medicinischen Doctorencollegiums.**

Zum Referate an dieser Stelle nicht geeignet.

2) R. Kunz und J. Kaup-Wien: **Untersuchungen über das Tropon.**

Das in letzter Zeit hergestellte Tropon kann als völlig geschmack- und geruchlos bezeichnet werden, auch ist es, an einem trockenen Orte aufbewahrt, völlig haltbar. Während das Tropon keine erhebliche Mengen von Nucleinen enthält, ist im gemischten Tropon, wie es sich im Handel befindet, nach den Untersuchungen von Kunz, Cellulose enthalten. Mittels des im neuen Tropon enthaltenen Eiweiss von 88,5 Proc. kann das Eiweiss der Nahrung vollkommen ersetzt werden. Die Mahlung der neueren Präparate ist so fein, dass sie, selbst allein genommen, nicht mehr kratzend oder sandig wirken. Die Troponpräparate sind vollkommen unschädlich und werden auch in grossen Mengen ohne Verdauungsstörungen ertragen. Die Ausnützbarkeit der beiden Bestandtheile des im Handel befindlichen gemischten Tropons, des animalischen und des vegetabilischen Tropons ist eine verschiedene; erstere kommt etwa jener des Eiweisses in Mehlspeisen und Broten gleich, jene des letzteren der Ausnützbarkeit des Milcheiweisses, so dass nur das vegetabilische Tropon in den Handel kommen sollte. Das Tropon ist für die Ernährung von Reconvalescenten und Kranken zu empfehlen, ferner für compendiöse Verproviantirung. Für Oesterreich ist übrigens der Preis viel zu hoch. Betreff der zahlenmässigen Belege über die zahlreichen mitgetheilten Stoffwechselversuche wird auf den Originalartikel hingewiesen.

Wiener medicinische Presse. 1899. No. 19.

R. Kolisch: **Ueber Behandlung der Fettsucht.**

K. unterscheidet zwischen der Fettleibigkeit, die eine Folge von Ueberernährung ist, und Fettsucht, die eine noch nicht näher gekannte Stoffwechselanomalie darstellt. Praktisch sind diese Fälle aber oft schwer zu scheiden. Bei der Feststellung des Calorienbedarfs fetter Menschen darf nicht übersehen werden, die grosse Menge Fettgewebes, also todtes Zellmaterial, in Abrechnung zu bringen. Für die Behandlung der Fettleibigkeit empfiehlt K., den Patienten eine möglichst wenig schmackhafte, dabei gleichmässige Kost zu geben und die Mahlzeiten nur aus einem Gange bestehen zu lassen. Die Diätvorschriften sind ganz detaillirt zu geben. Die Fettsucht fasst K. auf als eine Störung der Fähigkeit der Zellen, durch gesteigerte Wärmeproduction sich mit der Nahrung in's Gleichgewicht zu setzen. Die Eiweisszersetzung scheint beim Fettsüchtigen am wenigsten gestört zu sein. Die Organotherapie tritt in der Behandlung der Fettsucht hinter die Nothwendigkeit genauer Diät zurück. Letztere ist rationell als eine Unterernährung einzurichten, doch darf der betr. Patient keinen Eiweissverlust erleiden, er muss also viel Eiweiss aufnehmen, während Kohlehydrate zu meiden sind.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1899. No. 18, 19 u. 20.

Elschnig-Wien: **Keratomalacie bei Bindehautxerose.**

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall (51jähr. Kranke) von Keratomalacie mit Bindehautxerose, der tödtlich ausging, bespricht E. vor Allem die Aetiologie dieser Affection und kommt zum Schlusse, dass die Ursache nicht in bacterieller Infection, sondern in dem Allgemeinzustande der betreffenden Kranken zu suchen sei. In Folge von Circulationsstörungen kommt es dann zur Nekrose der Cornea, die, falls pathogene Mikroorganismen im Bindehautsacke vorhanden sind, in zweiter Linie zu den Allgemeinfolgen bacterieller Infection führen kann. Die gegenwärtig geltende Theorie meint, diese Nekrose sei primär bacteriell verursacht. Gegen die Xerose ist therapeutisch die galvanokaustische Schlinge das beste Mittel.

M. Roth-Wien: **Erfahrungen mit dem Kellog'schen Lichtbade.**

Die Beobachtungen des Verf. führen ihn zu folgenden Sätzen:

1. «Das elektrische Licht ist eine vorzügliche Wärmequelle und als solche gut verwendbar.» Da der Kopf des Patienten ausserhalb des Apparates bleibt und eine genaue Wärmeregulirung möglich ist, so können 70—80° C. vertragen werden. Auch bei Kranken mit ausgesprochenem Fettherz sah R. keine schlimmen Folgen.

2. «Das elektrische Lichtbad ist kein Specificum und besonders bei Entfettungscuren nicht mit grösserem Nutzen verwerthbar, als andere Schwitzbäder.»

Die Gewichtsabnahmen waren relativ gering und erfolgten langsam, waren natürlich beträchtlicher, wenn mit den Lichtbädern diätetische oder Bewegungscuren verbunden wurden. Der Puls steigt stark an, zunehmend mit der Dauer des Lichtbades, die Respiration stieg nicht höher als 20 in der Minute, intensiver Schweiss trat erst nach 10—12 Minuten bei 40—50° C. Wärme ein.

Eine Verfärbung oder Pigmentirung der Haut war nicht zu beobachten.

3. «Das elektrische Lichtbad ist als diaphoretisches und sedatives Mittel in vielen Fällen mit Vortheil anwendbar (Herz- und Nierenkranke), wo von den gebräuchlichen Dampf- und Heissluftbädern abgesehen werden muss.»

Klinisch-therapeutische Wochenschrift. 1899. No. 18 ff.

E. A. Liebersohn-Odessa: **Ueber die Anwendung des heissen strömenden Dampfes in der Dermatotherapie.**

L. gibt zunächst eine genaue Beschreibung des von ihm benützten Dampferzeugers (cfr. Abbildung im Original!). Die Erfolge waren im Allgemeinen recht günstige. Wichtig ist, die Behandlung länger fortzusetzen, als sichtbare Krankheitserscheinungen vorhanden sind.

Aus der mitgetheilten Casuistik leitet Verf. folgende Indicationen für die Dampfbehandlung ab. Geeignet sind 1. die in ihrer Ausdehnung beschränkten Fälle des chronischen Ekzems, namentlich der impetiginösen und eitrigen Formen, 2. die Akne, 3. Sycosis non parasitaria, 4. Ulcus cruris, 5. Rosacea, 6. Lupus vulgaris, 7. venerische Geschwüre, 8. Lupus erythematodes.

Nicht geeignet sind: 1. Alle acuten Formen vom Ekzem, 2. diffuse und varicöse Ekzeme, 3. Psoriasis, 4. Favus und Herpes tonsurans.

Die genannten Indicationen können natürlich noch erweitert werden. Von den behandelten 22 Fällen von chronischem Ekzem blieb nur 1 ohne Erfolg.

Besonders vorzüglich waren die Erfolge bei Sycosis, Ulcus cruris und Akne, indem alle diese Fälle heilten.

Wiener klinische Rundschau. 1899, No. 20.

A. Pick-Wien: **Ueber Foetor ex ore.**

Unter den Ursachen dieses Symptoms nennt P. als weniger bekannt abnorme Stellung der Zähne, Zahnstein, Noma; ferner chronische Obstipation, Affectionen der Rachenschleimhaut, Concremente der Tonsillen, folliculäre Angina, Carcinom des Oesophagus und Magens: foetide Bronchitis, Bronchiektasien, Mundathmung, Menses, Gravidität — bei letzteren soll durch Congestion der Nasenschleimhaut Erschwerung der Nasenathmung eintreten — ferner Cystitis, Detrusorlähmung der Blase. Bekannt ist der obstartige Foetor bei Diabetes, der fad-süssliche bei Chlorose.

Die Therapie besteht ausser intensiver Mund- und Zahnpflege im Gebrauch antifermentativer Mittel z. B. Kreosot, Menthol, Guajacetin, im übrigen ist sie natürlich wo möglich eine causale.

Prager medicinische Wochenschrift. 1899. No. 19.

E. H. Kirsch-Prag: **Herzbeschwerden durch Erkrankungen des weiblichen Genitale.**

Uterine Herzstörungen werden nach Verfasser bewirkt durch Affectionen, welche eine Zerrung oder Verlagerung der Ovarien bewirken, oder die Menstrualthätigkeit stören. In Betracht kommen daher chronische Oophoritis, Tumoren, Beckenexsudate.

Am häufigsten kommen als Folgen tachycardische Anfälle vor, die bei Beseitigung der Genitalveränderung völlig verschwinden können. Zweckmässig sind oft schon blande Kost, Bewegung, Waschungen, feuchte Wicklungen des Unterleibs. Auch treten bei gynäkologisch kranken Frauen nicht selten Anfälle von Angina pectoris schwerer Art auf, mit constant und gleichmässig über die Norm erhöhtem Blutdruck. Sehr zu bemerken ist die Herzdegeneration als Folge von Geschwülsten des weiblichen Genitalapparats. Es handelt sich dabei um fettige Entartung, sowie Dilatation der Ventrikel. Die Prognose ist hier ungünstig.

Dr. Grassmann-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 10. Mai 1899.

Herr J. Cohn: Ueber familiäre Cystinurie.

Knabe, im Jahre 1897 zur Operation einer tuberculösen Gelenkentzündung in die Klinik von J. Wolff aufgenommen. Ausserdem angegeben, dass er seit ½ Jahr an häufigem und schmerzhaftem Urindrang leide. Urin auffallend trübe. Beim Katheterismus wurde ein Stein sondirt und mittels Sectio alta entfernt. Es war ein ungewöhnlich grosser Cystinstein. Die nachfolgende Untersuchung des Urins ergab Cystinurie.

In diesem Falle sind von 12 Familienmitgliedern 2 nicht zur Untersuchung gelangt und bei 7 ist Cystinurie gefunden worden. Man kann also die Cystinurie als eine Stoffwechselanomalie betrachten, die ähnlich wie Gicht und Diabetes erblich, bezw. familiär auftritt; doch haben Stadthagen und Brieger im Jahre 1888 die Cystinurie wegen des Befundes von Alkaloiden im Cystin diese Krankheit als eine bacterielle betrachten wollen; für diese Theorie kann der vorliegende Fall keine Stütze bieten. Der Stein war durch Radiographie nachweisbar.

Herr L. Landau: Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den weiblichen Genitalien.

Die Kenntniss von den Myomen der weiblichen Genitalien hat in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht, besonders in Folge der Publicationen von Recklinghausen und Freund über das Adenomyom.

Diese Adenomyome entwickeln sich nach Recklinghausen's Untersuchung aus den Resten des Müller'schen Ganges und lassen dies auch durch ihren Sitz noch erkennen, z. B. am Tubenisthmus. Auch im Lig. teres finden sie sich, im Scheidengewölbe, im Lig. latum u. s. w. L. erläutert diese Verhältnisse an einer Anzahl von Präparaten und Abbildungen.

Bei den schleimhäutigen geht die Schleimhaut ohne Unterbrechung in die Musculatur über und in letzterer finden sich Epitheleysten. Von ihnen zu unterscheiden sind die histioiden oder Kugelmyome, welche aus der Uterusmusculatur hervorgehen und nach Virchow's Meinung in Folge entzündlicher Reize entstehen. Doch ist darüber wenig bekannt. (Fortsetzung in nächster Sitzung.)

Sitzung vom 17. Mai 1899.

Herr Ewald demonstrirt im Anschluss an seine auf dem Chirurgencongress gemachten Mittheilungen über **Appendicitis larvata** eine Patientin mit dieser Erkrankung. Wie immer in diesen Fällen unbestimmte, vieldeutige Symtome auftreten z. B. Magenschmerzen, Leibschmerzen, Erbrechen, gestörte Darmverdauung, zeitweiliger Abgang von Schleim, so war es auch im vorgestellten Falle gewesen.

Die Patientin machte im Jahre 1894 eine als linksseitige Unterleibsentzündung diagnosticirte Erkrankung durch, nach deren Ablauf sie zunächst wohl war. Nach circa 1 Jahr traten Schmerzen in der rechten Seite auf, die bald stärker bald schwächer waren und in erst längeren, später immer kürzer werdenden Pausen sich einstellten, und gelegentlich so heftig waren, dass die Patientin von der Arbeit weg nach Hause gefahren werden musste. Nun fühlte man auch in der rechten Seite einen schmalen, sich in's kleine Becken fortsetzenden Strang. Es wurde operirt, der erkrankte, verwachsene Processus vermiformis resecirt und die Frau von ihren Beschwerden befreit (jetzt 3 Monate).

Dass es sich in all' diesen Fällen nicht um einen Suggestionseffect handelt, schliesst Ewald daraus, 1. dass all' diese Personen nicht hysterisch im engeren Sinne sind, wenn auch in Folge ihres Leidens nervös geworden; 2. dass suggestive Erfolge niemals sehr lange vorhalten, er aber in seinen Fällen Heilungen bis zu nun schon 5jähriger Dauer gesehen habe; 3. dass bei Patienten mit chronisch dyspeptischen Beschwerden, welche an einer intercurrenten, typischen Blinddarmentzündung erkrankten und operirt wurden, die dyspeptischen Beschwerden ruhig fortbestanden.

Discussion: Herr Senator wendet sich gegen die Bezeichnung dieser Krankheit als Appendicitis larvata. Bei der Malaria larvata, von der doch der Ausdruck stammt, habe z. B. die richtige Auffassung einer Trigeminusneuralgie für die Diagnose keine Schwierigkeiten, wenn man nur an die Möglichkeit des Zusammenhangs mit Malaria denke. Hier aber stellen sich der Diagnose mehr oder weniger grosse Schwierigkeiten entgegen und dies sei schuld, dass die Krankheit nicht erkannt werde.

Herr J. Israel bemängelt ebenfalls die Bezeichnung und schlägt dafür atypische Appendicitis vor.

Herr Ewald betont dem gegenüber, dass für ihn nicht die pathologisch-anatomische Veränderung, sondern das klinische Bild bei der Wahl der Bezeichnung den Ausschlag gab. Unter diesem aber sei eben eine Appendicitis larvirt.

Herr Virchow macht, um die Discussion abzukürzen, die Bemerkung, dass man die Bezeichnung unentschieden lassen möge, dass aber der Ausdruck Appendicitis jedenfalls auch schauderhaft sei.

Herr Davidsohn demonstrirt ein Präparat von Miliartuberculose der Vagina und Vulva von einer an allgemeiner Miliartuberculose gestorbenen Frau.

Tagesordnung:

Herr L. Landau: **Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Myomen.** (Schluss.)

Ein bestimmtes klinisches Bild der organischen Myome, wie man sie im Gegensatz zu den histioiden oder Kugelmyomen nennt, gibt es nicht. Es lässt sich durchaus nicht, wie Freund meint, von vorherein sagen, ob man ein gewöhnliches oder ein Adenomyom finden werde.

Bei der Behandlung der Myome ist zunächst zu bedenken, dass es viele Myome gibt, die gar keine Beschwerden machen, und deren Existenz man den Trägerinnen am Besten verschweigt; dann ist zu beachten, dass die grossen Myome durchaus nicht die meisten Beschwerden machen, sondern die mittleren und kleineren.

Die Behandlung sei, wenn möglich, eine conservative; man lindere die Beschwerden, suche die Blutungen durch depletorische Maassnahmen, Abführmittel vor der Menstruation und dergl. zu mildern. Das Curettement und die Vaporisation sind durchaus nicht ungefährlich in einem oft sehr in die Länge gezogenen, buchtigen Uteruscavum.

Dass die Blutungen mit der Menopause aufhören, sei freilich eine Legende. Darum seien auch Maassnahmen zur Herbeiführung derselben, nämlich die Castration, unzuverlässig und ausserdem oft sehr schwer auszuführen.

Für die Operaton der grösseren ist theils die vaginale mit Morcellement, theils die abdominale Methode vom Vortragenden in Anwendung gezogen worden. H. K.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 15. Mai 1899.

Herr **Stadelmann: Ueber sporadische und epidemische Cerebrospinalmeningitis.**

Vortragender gibt zunächst folgende interessante Krankengeschichte:

Ein sehr kräftiger Arbeiter wurde am 4. Mai v. J. auf St.'s Abtheilung im Krankenhaus am Urban aufgenommen mit der Angabe, dass ihm vor 3 Wochen eine leere Flaschenkiste auf den Kopf gefallen sei; dies Trauma machte jedoch so wenig Eindruck auf den Kranken, dass er sich desselben erst auf Befragen wieder erinnerte. Nach einiger Zeit hatte er ein schnell vorübergehendes, in Kopfschmerzen bestehendes Unwohlsein. Am 1. Mai dagegen traten heftigere Erscheinungen auf, katarrhalische Affection der Luftwege, Reissen in den Beinen, Kopfschmerzen und Pulsverlangsamung. Diese Symptome wurden nach der am 4. Mai erfolgten Aufnahme bald schwerer; es trat Nackensteifigkeit, heftiger Kopfschmerz, Fieber bis zu 39,6 hinzu. Zur Sicherung der Diagnose wurde nun von St. die Lumbalpunction vorgenommen und unter sehr hohem Druck (370 mm) 50 ccm einer trüben, fast eiterigen Flüssigkeit entleert.

Zunächst verschlimmerte sich der Zustand, es kam zu völliger Benommenheit, Nystagmus, Abducenslähmung u. s. w.

2 Tage nach der 1. Punction wurde eine 2. vorgenommen und nach 10 Tagen eine 3. Nun folgte eine leichte Besserung, die Benommenheit liess nach, Nahrungsaufnahme wurde besser; aber bald folgte eine neue Verschlimmerung, die jedoch nur vorübergehend war und nun einer erneuten und andauernden Besserung Platz machte. Am 24. Tage wurde die 4. Punction vorgenommen und eine klare Flüssigkeit entleert.

Patient wird geheilt entlassen.

In der ersten Punctionsflüssigkeit waren zunächst keine Bacterien gefunden worden; aber nach 8 Tagen fanden sich auf den Agarröhrchen Colonien von kleinen Stäbchen, die Vortr. genauer beschreibt und welche sich nun auch in der noch aufbewahrten Punctionsflüssigkeit selbst in grosser Zahl nachweisen liessen. Es gelang auch die weitere Züchtung auf verschiedenen Nährböden, wobei sich allmählich die Zeit des Wachsthums verringerte,

Die Stäbchen sind ausserordentlich beweglich, färben sich mit den gewöhnlichen Farbstoffen, jedoch nicht nach Gram, in der Mitte sind sie oft ungefärbt; Geiseln sind nachweisbar. Thierinjectionsversuch konnte nicht gemacht werden, da die Bacterien vorher eingegangen waren.

Es handelt sich also im vorstehenden Falle um eine sporadische essentielle Meningitis, deren Entstehung nicht aufgeklärt ist, aber nach des Vortragenden Ansicht wohl nicht im Zusammenhang mit dem Trauma steht. Als Aetiologie derselben betrachtet er den von ihm beschriebenen Bacillus, obwohl er den experimentellen Nachweis noch nicht liefern konnte. Den günstigen Ausgang betrachtet er nicht als Folge der Punction.

Vortr. geht nun auf die Bedeutung des Weichselbaumschen Meningococcus intracellularis ein, dem von Weichselbaum, Jäger, Heubner eine differentialdiagnostische Bedeutung für die epidemische Cerebrospinalmeningitis zugesprochen worden war. Nach seiner Erfahrung und der Verwerthung der Literatur kann Vortr. sich diesen Autoren nicht anschliessen und ist der Ansicht, dass auch der Fraenkel'sche Pneumococcus eine epidemische Cerebrospinalmeningitis zu verursachen im Stande ist, vielleicht sind auch noch andere Bacterien in Betracht zu ziehen.

Der Einwand, dass diese Fälle nicht der epidemischen Cerebrospinalmeningitis zuzurechnen seien, sei nicht stichhaltig, da es sich um grössere Epidemien gehandelt habe, in denen bloss der Fraenkel'sche Pneumococcus gefunden worden sei; in anderen fanden sie sich vergesellschaftet mit dem Weichselbaum'schen. Dieser letztere wurde bekanntlich auch im Nasenschleim ganz gesunder Individuen gefunden.

Was die Anzeigepflicht der epidemischen Cerebrospinalmeningitis anlangt, so müsste nach Vortr. auch ein Fall, in welchem sich der Fraenkel'sche Pneumococcus findet, zur Anzeige kommen.

Discussion: Herr Heubner hält daran fest, dass man klinisch die epidemische von der sporadischen Cerebrospinalmeningitis trennen könne. Bezüglich des Weichselbaum'schen Coccus habe er sich auch nicht so entschieden ausgesprochen und glaubt, dass derselbe einer Gruppe von Bacterien angehört, die virulente und weniger virulente Species umfasse, ähnlich dem Diphtheriebacillus.

Herr Kroenig hat ebenfalls Fälle von Mischinfection mit Weichselbaum'schen und Fraenkel'schen bezw. Staphylococcus gesehen.

Herr P. Jakob: Um experimentell Meningitis zu erzeugen, hat Jakob Ziegen hochvirulente Pneumococcen in den Duralsack gespritzt, ohne dass die Thiere an Meningitis erkrankt wären. Dies spreche nicht für die aetiologische Bedeutung des Fraenkelschen Pneumococcus bei der Cerebrospinalmeningitis.

Herr A. Fraenkel: Vortragender hat in der letzten Zeit mehrere Fälle von Meningitis beobachtet, welche durch den Pneumococcus verursacht wurden.

Hrr Stadelmann: Er gebe zu, dass Heubner sich bezüglich des Weichselbaum'schen Coccus nicht so entschieden ausgesprochen habe wie andere Autoren, doch habe er sich sehr entschieden gegen den Fraenkel'schen als Erreger einer epidemischen Meningitis ausgesprochen.

Was Herr Jakob eigentlich wollte, sei ihm unklar geblieben, denn ob es diesem gelang oder nicht gelang, bei Ziegen experimentell mit dem Fraenkel'schen Coccus Meningitis zu erzeugen, sei doch ganz belanglos für die Frage, ob dieser Coccus beim Menschen eine Meningitis erzeugen könne — eine Frage, die überdies die Erfahrung schon lange unwiderleglich positiv entschieden habe. H. K.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. Februar 1899.

Herr Geheimrath Prof. Dr. Fehling: **«Die Pathogenese und Behandlung der Eklampsie im Lichte der heutigen Anschauungen.»**

Kaum ist die Theorie der bacillären Entstehung glücklich überwunden, so droht schon wieder eine neue Theorie, die hepatogene der Franzosen, welche in der Eklampsie eine Hepatotoxhaemie erblicken, die wahren Bahnen der Forschung zu hemmen.

Eine Prüfung der pathologisch-anatomischen Befunde, wie sie von den Franzosen Bouffe de St. Blaise, Bar, Budin, von den Deutschen Schwert, Lubarsch, Prutz, Winkler u. A. veröffentlicht wurden, ergibt, dass die Leberstörungen, die bekannten haemorrhagischen und anaemischen Nekrosen, die Leberzellenembolien, die Thrombosen, ferner die Placentarriesenzellenembolien keine constanten Befunde sind und dass sie vor Allem in keinem Verhältnisse zur Schwere des Falles stehen. Viel constanter sind die Nierenbefunde bei Sectionen. Auf das Verhalten der Früchte, bei welchen z. Th. ähnliche Nieren- und Leberbefunde nachgewiesen wurden, ist bis jetzt nicht genügend geachtet worden.

Bedeutungsvoller ist, dass Schwert durch Injectionen von Placentaraufschwemmungen, bei Thieren dieselben intravitalen Ge-

rinnungen enthielt, wie die Autopsie Eklamptischer ergab; dass Kollmann im Aderlassblut Eklamptischer höhere Werthe von Fibrinprocenten fand. Endlich hat Vollard gezeigt, dass die sich z. Th. widersprechenden Thierversuche mit Harn- und Seruminjectionen von Tarnier, Chambrelant, Ludwig und Saxer nicht einwandsfrei sind und hat gefunden, dass im Harn Eklamptischer eine gerinnungserregende Substanz sein kann, welche ebenfalls intravitale Thrombosen hervorrufen kann.

Die Theorien, welche in einer Leberstörung der Schwangerschaft die Ursache der Eklampsie suchen, sind demnach noch nicht genügend gestützt.

Man hat festzuhalten, dass Eklampsie ein durchaus einheitliches Krankheitsbild ist, und dass dieselbe eng mit dem Fortpflanzungsgeschäft verbunden ist. Vielleicht ist der Stoffwechsel des Foetus und der Uebergang der Endproducte desselben in's mütterliche Blut von grösserer Bedeutung, als man bisher annahm. Die Schwangerschaftsnephritis ist höchstwahrscheinlich nicht die Ursache der Eklampsie, sondern das erste Zeichen der Vergiftung, auf welches als zweites die Eklampsie folgen kann aber nicht muss.

In der Behandlung muss daher die Prophylaxe und Behandlung der Albuminurie in der Schwangerschaft eine grosse Rolle spielen, strenge Milchdiät nach Tarnier.

Frühzeitige, also nicht gar zu eingreifende Entbindung ist rationell, Blasensprengung schon nach dem 1. Anfall, selbst bei undurchgängigem Cervix. Ob der Aderlass der Indicatio morbi entspricht, wenn man höchstens $^1/_2$ Liter Blut ablässt, bezweifelt F., lebensrettend ist er bei Ueberfüllung des kleinen Kreislaufs. Dagegen ist Anregung der Haut- und Nierenthätigkeit das Wichtigste, besonders durch subcutane Salzwasserinjection, um die Toxine auszuscheiden.

Mässiger Gebrauch von Chloroform und Morphium ist am Platz, vor den grossen Dosen Morphium ist zu warnen, bei den im toxischen Coma liegenden Patienten befördert Morphiumbetäubung das Ende; Redner hat in letzteren Jahren manche Kranke mehr in Folge von Morphiumvergiftung als von Eklampsie zu Grunde gehen sehen.

Discussion: Prof. Dr. Harnack: Da die Eklampsie eine Erkrankung der letzten Schwangerschaftsmonate ist, also derjenigen Zeit, in welcher der Foetus eine gewisse Reife erlangt hat, so würde nach der foetalen Theorie anzunehmen sein, dass erst in dieser Zeit solche chemische Veränderungen zu Stande kommen können, dass sie Eklampsie hervorbringen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 2. Mai 1899.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

(Schluss.)

II. Vortrag der Herrn Prochownick: Ueber die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter.

Die Hoffnungen, welche die Geburtshelfer auf die Einführung der Anti- und Asepsis gesetzt haben, sind nur theilweise erfüllt worden. In Anstalten sind — im Gegensatz zu früher — die Ergebnisse vorzügliche; in der Praxis auch besser als früher, aber bei Weitem geringer als in Anstalten. Mortalität und Morbidität im Wochenbett sind in der Praxis noch immer hoch. Durch Hebammenreform, Aerztecurse, Asyle für wirthschaftlich Schwache wird unermüdlich nach Besserung gestrebt. Am schwächsten ist bisher unsere Leistung bei den (trotz Prophylaxe) schwer Erkrankten. Dies beruht auf den Schwierigkeiten der Diagnose, die trotz grosser Fortschritte in anatomischer, bacteriologischer und klinischer Kenntniss eher schwerer als leichter geworden ist. In der Therapie stehen völlig nihilistische Anschauungen hyperactiven gegenüber; dazwischen steht eine Zahl Eclectischer, sowie Anhänger rein innerer Heilweise bezw. der Serumanwendung. Unsere Fortschritte hängen lediglich von Aufbesserung der Diagnostik ab.

Vortragender will heute nur ein extremes Gebiet berühren: Ist die Ausschneidung der puerperal-inficirten Gebärmutter gestattet und wann? Nachdem gelegentlich von Kaiserschnitten und einzelnen Uterusrupturen das bereits inficirte Organ grundsätzlich mitentfernt wird, liegt die Frage nahe, ob die Diagnose nicht soweit gesichert werden kann, dass bei Schwerkranken durch Exstirpation Heilung möglich wird. Die Gebärmutter darf entfernt werden, wenn sie allein Sitz der Krankheit ist, wenn andere Heilmittel nicht, oder nicht mehr da sind, wenn ohne Operation der Tod sicher ist. Die meisten Infectionen finden am und im Uterus statt; bei Aborten ist der Nachweis leicht, nach rechtzeitigen Geburten schwer. Vorbedingung diagnostischer Entscheidung ist 1—2tägige genaueste, klinische Beobachtung ohne Medicamente und ohne locale Behandlung. Es findet nur eine örtliche Besichtigung statt, die Damm, Vulva und untere Vagina betrifft. Die Untersuchung höher hinauf ist bei schweren Fällen in der Praxis nicht durchführbar, ihr Nutzen problematisch, da auch bacteriologisch-positive Resultate nicht sicher Sitz und Schwere der Erkrankung beweisen. Dem Vortragenden ist immer das Wichtigste erschienen, ob typische Pyaemieausbreitung der Mikroorganismen selbst durch die Blutbahn, oder nur Aufnahme von Toxinen von den örtlich inficirten Herden aus statthat. Er hat in den letzten Jahren mit wachsendem Erfolge seine therapeutischen Entscheidungen auf die regelmässige, systematische Anwendung von Blutculturen bei allen Wochenbetterkrankungen begründet. Beschreibung des Anlegens der Culturen.

Bei allen positiven Befunden wurden bisher nur Streptococcen im Blute gefunden. Alle Frauen (ausser 2 Operirten) starben; die ganz exact durchgeführte Serumanwendung bis zu 40 ccm in 24 Stunden war nutzlos. Bei typischer Pyaemie (positive Cultur) ist die Entfernung des (allein) kranken Unterus erlaubt, wenn auch voraussichtlich nur selten mit Erfolg, bei Herderkrankung im Uterus, die zu neuen pyaemischen Nachschüben führt, ist der Exstirpationsversuch geboten und kann Erfolg haben. (Verhaltene, verjauchte Eireste; zersetzte Myome und Blasenmolen; criminelle Aborte.)

Besteht keine typische Pyaemie — negative Cultur — so ist in der ersten Krankheitswoche völligste Enthaltsamkeit von örtlicher Behandlung geboten. Auch ganz schwere örtliche Erkrankungen (latente, thrombotische Pyaemie und lymphatische Ausbreitung der Erreger) können sich beschränken und heilen; Hauptaufgabe ist, diese Möglichkeit nicht zu stören. Nur bei sicherem Nachweise verhaltener, zersetzter Eireste darf man eingreifen, ohne es zu müssen; es geschehe aber stets als ernster Eingriff mit aller Vorsicht, in Narkose, mit gründlicher Austastung und Ausräumung (Spülung, Drainage), soweit als möglich digital. Im subacuten Stadium kann das Leben noch durch dauernde Aufnahme von Toxinen bedroht werden. Es kann dann bei negativen Blutculturen ein radicaler Eingriff in Frage kommen, wenn mindestens ein Versuch, durch Ausräumung des erkrankten Endometrium Heilung zu erzielen, nutzlos voraufgegangen ist. Auch hiebei steht Complication mit Tumoren, Blasenmolen und aetiologisch dunkelen Fehlgeburten im Vordergrunde. Vortragender bespricht in Kürze seine eigenen, vom Standpunkte der Blutculturen aus unternommenen operativen Versuche. (3 mit positivem, 2 mit negativem Erfolg) und verweist betr. der übrigen Veröffentlichungen auf diesem Gebiete, und deren Vergleichung mit seinen Fällen auf die in Kürze erscheinende Arbeit.

Sitzung vom 16. Mai 1899.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen:

1) Herr Stamm demonstrirt ein Kind, bei dem sich in den letzten 5 Jahren **multiple Lymphangiome in der Haut** über den ganzen Körper diffus zerstreut gebildet haben. Aus Anfangs linsengrossen, bläulich-rothen, erhabenen, derben Flechten entwickeln sich weichere, rosarothe, drusige grössere und kleinere Tumoren, deren eigenthümliches histologisches Bild noch zu weiterer Untersuchung Veranlassung gibt. Im vorgestellten Falle ist es unter Anderem zu einer diffusen Schwellung der Oberlippe mit Uebergreifen auf die Nase gekommen.

2) Herr Trömner zeigt eine Kranke, bei der im Verlaufe eines schweren **Migraeneanfalles** acut eine **Ophthalmoplegia interna** entstanden ist. Die Aetiologie ist dunkel, die gewöhnlichen Ursachen: Lues, incipiente Tabes oder Paralyse sind mit Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. In Analogie der in jüngster Zeit

bei Hemicranie beschriebenen Blutungen (Nase, Magen, Orbita etc.) möchte T. an eine Blutung im motorischen Herdgebiete der inneren Augenmuskeln denken, deren Sitz er unter den vorderen Vierhügelabschnitt verlegt.

3) Herr Böttiger demonstrirt 2 Fälle von beginnender Tabes. In beiden Fällen Lues, in einem objectives Symptom alter Lues in Form von glattem Zungengrunde. Beide Fälle zeigen noch nicht die klassischen Symptome der Tabes, wohl aber Hitzig'sche Zone, reflector. Pupillenstarre, Abstumpfung bezw. Perversion der Schmerzempfindung an manchen Stellen. Die anaesthetischen Zonen am Rumpf sind ein ungemein wichtiges und regelmässiges (unter 24 Fällen 19 Mal) Zeichen beginnender Tabes.

4. Herr Lindemann demonstrirt eine von ihm erdachte elektrisch erwärmte Compresse, welche aus Widerstandsdrähten besteht, die mit Asbest und Mosetigbattist überzogen sind und in jeder gewünschten Grösse und Form gefertigt werden, so z. B. als flache Polster für Magen, Hals, Unterleib, dann halbkugelig für Knie, Schulter, Ellenbogen, und erheblich grösser als Bettunterlage, endlich als Schwitzbett. Die Compressen werden an einer Glühlampe oder an einen Wandcontact der elektrischen Leitung angeschlossen, und kann die Wärme in der Compresse durch einen eingeschalteten Rheostat von 30—100° C. regulirt und in gewünschter Höhe constant erhalten werden. Verwandt wird die Compresse als trockener warmer Umschlag oder als Heizquelle für breiige Kataplasmen. Die Vortheile bestehen in der Regulirbarkeit und Constanterhaltung der Wärme auf beliebig lange Zeit, der einfachen, sauberen und bequemen Anwendungsweise und Handhabung, auch durch die Patienten, in der Möglichkeit, die Hitze dem Körper allmählich zuzuführen und zu steigern. Zu beziehen vom Elektrotechniker Leopold Marcus, Hamburg.

5. Herr Rumpel legt das durch Obduction gewonnene Präparat einer gleichmässigen, diffusen, idiopathischen Oesophagus-erweiterung vor. Dasselbe stammt von dem von Schwörer im Januar 1899 demonstrirten Falle (diese Wochenschr. No. 5 pag. 160). Der Kranke erlag einer Perforationsperitonitis, gelegentlich eines von ihm selbst ausgeführten Sondirungsversuches mittels der Renvers'schen Sonde.

Der Fall beweist, dass die exacte Diagnose derartiger seltener Krankheitsbilder möglich ist, dass es sich um krampfartigen Verschluss des Oesophagus handelt, und dass alle auf mechanische Beseitigung des Spasmus hinzielenden Versuche gefährlich und aussichtslos sind.

II. Discussion über den Vortrag des Herrn **Prochownick: Ueber die Ausschneidung der puerperalseptischen Gebärmutter.**

Herr Lenhartz kritisirt auf Grund seiner Beobachtungen an 50 Fällen von Puerperalfiebern, von denen 16 geheilt wurden, die P.'schen Erörterungen und bestreitet zunächst, dass der positive Culturennachweis von Streptococcen im Blute allein genüge, die Indication für die Exstirpation abzugeben. Wenn Fälle beobachtet werden, in denen trotz des positiven Blutbefundes spontan Heilung eintritt, so ist man nicht zur Exstirpation berechtigt. Einen solchen Fall hat L. gesehen und demonstrirt an der Curve den Krankheitsverlauf, in dem es zu periarticulärer Eiterung um das Schultergelenk, zu Lungenabscess und Empyem kam. Ferner bezweifelt L., dass die Blutentnahme aus der Fingerbeere steril genug ausgeführt werden kann, um absolut einwandsfreie Resultate zu ergeben. Er bevorzugt die Blutentnahme aus der Vene. Auch der Nachweis der Streptococcen aus dem Endometrium scheint ihm von Werth. L. wirft die Frage auf, ob nicht Fälle, in denen die Streptococcen im oberen Genitaltract nachweisbar sind, der Culturnachweis im Blute hingegen nicht gelingt, viel eher für ein operatives Verfahren angezeigt sind. Dabei berührt L. die Leichenbefunde, die ergeben, dass es sich entweder um localisirte septische Endometritis oder um Thrombophlebitis in den Parametrien oder um eine Reihe klinisch fast occulter Erscheinungen von Pyaemie: Lungen-, Nieren-, Milzabscesse handelt. Endlich bespricht L. die Ergebnisse der Anwendung des Antistreptococcenserums, die nicht sehr ermuthigend sind. Ein «Non liquet» ist jedenfalls am Platze. In anderen Streptococcenerkrankungen, wie Erysipel, liess das Serum völlig im Stich, ein Verhalten, das nach den Resultaten der neuesten Petruschky-Koch'schen Experimente nichts Wunderbares hat. Redner warnt vor einer allzu sanguinischen Ueberschätzung des Mittels.

Herr Schottmüller berichtet über die bacteriologischen Ergebnisse in den Lenhartz'schen Fällen. In 5 Fällen der lymphatischen Form des Puerperalfiebers, sowie in 3 Fällen von septischer Endometritis ergab die Blutcultur ein negatives Resultat. Unter 7 Fällen der pyaemischen oder thrombophlebitischen Form gelang der Nachweis 5 mal. Doch glaubt S. betonen zu müssen, dass der Befund meist nur einen Tag vor dem Tode erhoben wurde. Da die Zahl der im Blut kreisenden Mikroorganismen nur eine relativ kleine ist, so ist der Nachweis schon aus diesem Grunde recht schwierig. Mit Wahrscheinlichkeit stammen dieselben viel eher aus den Gefässen des Parametriums, als aus dem Uterus selbst. Endlich lassen Bouilloncultureu allein die Erkennung von zufälligen Verunreinigungen nicht zu; es empfiehlt sich daher die Benutzung von Plattenculturen.

Im weiteren Verlaufe der Discussion wird der Fall Bonne (publicirt in den Therap. Monatsh.) einer Kritik unterzogen bezüglich der Wirkung des Marmorek'schen Serums. Hierzu äussern sich ausser Herrn Bonne selber, der für dasselbe eintritt, die Herren Kümmell und Lenhartz in skeptischem Sinne. Herr Kümmell hat weder vom Serum noch von der Credé'schen Salbenbehandlung nennenswerthe Erfolge bei Sepsis gesehen.

Herr Fraenkel bemerkt, dass der culturelle Streptococcenbefund im Blute nur der objective Nachweis eines Symptoms sei und dass dies Symptom nicht genüge, eine letale Prognose zu stellen. Auch bei der lymphangoitischen Form, die keineswegs immer zu Peritonitis zu führen braucht, ist im Gegensatz zu Schottmüller's Resultaten anderen Autoren der Streptococcennachweis gelungen. Sehr oft sind gerade diese Fälle, in denen die Lymphspalten des Uterus und der Parametrien voll Streptococcen sind, ohne dass es zu pyaemischen Metastasen zu kommen braucht, die malignesten. In den phlebitischen Fällen hat er selbst mehrfach Staphylococcen gezüchtet. Was die Technik der bacteriologischen Blutuntersuchungen anbetrifft, so hat sich ihm die Bouilloncultur gut bewährt, besonders wenn man den zur Untersuchung kommenden Blutstropfen sofort bei der Entnahme mit Bouillon vermischt. Dadurch vermindert man, wie Versuche aus dem Berliner Institut für Infectionskrankheiten ergeben, die bactericide Kraft des Blutes, die dieses ausserhalb der Gefässscheiden in hohem Maasse besitzt. Endlich ergeben Thierversuche mit Serumimpfung oft noch positive Resultate, wo die Culturmethoden im Stiche lassen. Die Streptococcenkrankheiten sind die atypischsten Krankheiten, die wir kennen, die verschiedene Virulenz der Streptococcen gestattet die Gewinnung eines annähernd gleichwerthigen Serums nicht; demgemäss bewegen wir uns bei therapeutischer Anwendung von Antiserum auf einem sehr unsicheren Boden.

Herr Rumpf hat das Marmorek'sche Serum schon seit einer Reihe von Jahren benützt. Anfänglichen überraschend günstigen Erfolgen stehen spätere Misserfolge gegenüber. Immerhin liessen sich häufig direct nach der Einspritzung subjective und objective günstige Wirkungen erkennen, die oft selbst in Fällen, die schliesslich doch letal endeten, die weitere therapeutische Verwendung indicirt erscheinen liessen. Auch dem verdammenden Urtheil über die Credé'schen Salben kann R. sich nach eigenen Beobachtungen nicht anschliessen. Die Fortsetzung der Discussion wird vertagt.

Werner.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 17. November 1898.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr Epstein demonstrirt ein Kind mit Lupus vulgaris, das am Munde charakteristische, hereditär luetische Narben zeigt.

2. Herr Bergemann stellt einen 66jährig. Mann vor mit primärem Carcinom der Conjunctiva bulbi.

3. Herr König zeigt zwei von Dr. Carl Koch exstirpirte grosse Fibrome der Glutaeal- bezw. Vorderarmgegend.

4. Herr Carl Koch: Zur Operation der Perityphlitis.

Sitzung vom 1. December 1898.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr Epstein bespricht:

a) Fälle von fixem circumscripten Antipyrinexanthem.

b) Gehäufte Fälle von Diabetes mellitus, zu deren Entdeckung Balanitis, Phimosis und Pruritus praeputialis den Anlass gab.

2. Herr W. Merkel berichtet über einen Fall von Chylurie bei einer Frau, die er früher an Galaktorrhoe behandelt hat.

Sitzung vom 15. December 1898.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr Cnopf sen. berichtet über 2 Fälle von Larynxstenose.

Die erste Beobachtung hatte er bei einem 1 Jahr 2 Monate alten, noch an der Brust befindlichen Mädchen zu machen gehabt, das 5 Tage, ehe es in das Spital gebracht wurde, an Husten erkrankte.

Am 4. Tag wurde ein Arzt aus der Stadt gerufen, weil das Kind sehr schwer athmete. Er beobachtete dasselbe 24 Stunden und als die Athemnoth nicht abnahm, unternahm er die Tracheotomie, hatte aber keine dem Alter entsprechende Canule zur Verfügung. In der Noth legte er nur eine innere Canule ein und überwies das Kind dem Kinderspital.

Bei der Aufnahme hatte das lebhaft fiebernde, aber sehr gut genährte und kräftige Mädchen grosse Athemnoth, wie sie bei einem glücklich tracheotomirten Kind nicht leicht zu beobachten ist und das sich auch durch eine im rechten Unterlappen der Lunge nachweisbare Entzündung nicht erklären liess. Auf der sichtbaren Rachenschleimhaut war kein diphtheritischer Process wahrzunehmen und ebenso wenig gelang der bacteriologische

Nachweis. Die vorhandene Pneumonie, die Alteration der Stimme machten es wahrscheinlich, dass im Kehlkopf ein ähnlicher Vorgang, wie in der Lunge, stattgefunden haben möchte. Der nicht entsprechende Erfolg der Tracheotomie wurde auf die ungenügende Canüle zurückgeführt. Die Einführung einer entsprechenden Canüle hatte aber auf die Heftigkeit der Dyspnoë keinen Einfluss. Es wurde nun der Grund in Verlegung der Canüle durch Secret, durch unterhalb derselben befindliche Membranen gesucht. Aber weder der öftere Wechsel der Canüle noch die gänzliche Entfernung derselben, oder die Dilatation der Trachealwunde und Besichtigung der Schleimhaut bei künstlicher Beleuchtung änderten in dem bedrohlichen Bilde nicht das Mindeste. In den ersten Morgenstunden des 4. Tages der Spitalbehandlung starb das Kind.

Die Section ergab die diagnosticirte Pneumonie, auf den Schleimhäuten des Rachens, des Kehlhopfes und der Luftröhre war keine Spur eines diphtheritischen Processes und als Ursache der schweren dyspnoischen Erscheinungen fand sich ein in die Stimmritze eingekeiltes, dreieckiges, spitzes und scharfkantiges Knochenstück, das nicht nur die Schleimhaut, sondern auch den Kehlkopfknorpel durchbohrt hatte.

Die Fehldiagnose erklärt sich daraus, dass das Kind noch an der Brust war, und dass den Anfang der Erkrankung eine Pneumonie gebildet hat, denn erst nachträglich gestand die Mutter ein, dass sie kurz vor dem Eintritt der schweren Erscheinungen das Kind Fleischbrühe habe trinken lassen.

Die zweite Beobachtung hatte der Vortragende bei einem 2½jährigen, früher stets gesunden, erblich nicht belasteten Kind zu machen, das von einem sehr erfahrenen Arzt hiesiger Stadt auf die Diphtherieabtheilung gebracht wurde. Es hatte vor 2 Tagen bei vollständigen Wohlbefinden rauhen, bellenden Husten bekommen, zu dem sich am folgenden Tag wiederholt Athemnothsanfälle gesellt hatten.

Bei der Aufnahme bot der kleine Kranke ein sehr harmloses Bild dar. Er athmete ziemlich ruhig mit geringen Aspirationserscheinungen, physikalisch liess sich am Thorax keine Veränderung nachweisen, das Inspirium war überall schön schlürfend, das Diaphragma nicht tiefstehend, die Schleimhaut der Nase, des Rachens mässig feucht, frei von Belag, die Drüsen des Nackens und der Unterkiefergegend nicht geschwellt, bacteriologisch Löfflerbacillus nicht nachweisbar, so dass ausser rauhem bellenden Husten, einer belegten, etwas heiseren Stimme und Fieber an dem Kind nichts nachweisbar war. Dieses harmlose Bild, das nur am zweiten Tag von einer kurz vorübergehenden Dyspnoe unterbrochen wurde, blieb sich bis zum siebten Tage vollständig gleich. Ohne alle Veranlassung bekam das Kind am Nachmittag dieses Tages einen hochgradigen Athemnothsanfall mit den ausgesprochensten Aspirationserscheinungen am Scrobiculum cordis und der Jugulargegend, wobei das Inspirationsgeräusch in den Lungen vollständig verschwunden war. Die Anwendung feuchter Dämpfe erwies sich fruchtlos. Die in kurzer Zeit bis zur Asphyxie sich steigernde Dyspnoe drängte zur Intubation, die auch anfänglich einen guten Erfolg hatte. Da aber bald darauf die Tube wieder ausgestossen wurde und sofort sich der höchste Grad der Asphyxie einstellte, so wurde die Tracheotomia inferior vorgenommen. Ihre Ausführung war wegen weit herabragender Glandula thyreoidea schwierig. Als schon die Trachea nahezu frei lag und nur noch die tiefen Halsfascien zu durchtrennen waren, da entstund eine Blutung, die Anfangs schwach war, sich aber rasch steigerte und die Tamponade der Wunde nöthig machte. Dadurch waren die kostbarsten Minuten verloren und die Asphyxie zu einer Höhe gediehen, dass selbst durch künstliche Athmung, Lufteinblasung etc. das Leben nicht mehr zu erhalten war.

Die Section ergab, dass die Schleimhäute des Rachens, des Kehlkopfes und der Trachea vollständig intact waren und frei von einem diphtheritischen Process und ebenso war das Lungengewebe, abgesehen von einzelnen verstreut stehenden lobulären Verdichtungen, durchweg lufthaltig, so dass diesem Befund nach die plötzlich eingetretene, so hochgradige Athemnoth unerklärt war. Die verhängnissvolle Blutung war auf eine leichte Verletzung der abnorm, quer über die Trachea verlaufenden Arteria carotis dextra zurückzuführen. Ueberraschend fand sich ein links hinter der Trachea, entlang derselben sich etwas nach aufwärts ausdehnender Abscess, der gelben, rahmartigen Eiter etwa in der Menge eines Kinderesslöffels enthielt und zu Lebzeiten des Kranken keine Geschwulst nach aussen, auch keine Bewegungsstörung des Halses und Kopfes hervorgerufen hatte. Seinen Ausgangspunkt hatte er von der Glandula thyreoidea, deren unteren Theil des linken Lappens. Da nun bei einer 7tägigen Beobachtung durch die physikalische Untersuchung der Athmungsorgane keinerlei Symptome wahrgenommen werden konnten, welche auf einen erschwerten Eintritt der Luft, die doch bei einer durch Druck verengten Trachea hätten entstehen müssen, hätten zurückgeführt werden können, so kann sich der Vortragende die plötzlich aufgetretene hochgradige Athemnoth nur durch eine Posticuslähmung erklären. In seiner Erklärung stützt sich der Vortragende auf die laryngoskopischen Untersuchungen und die Resultate des Thierexperimentes, wie sie Gerhardt, Riegel und Schech veröffentlicht haben.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. April 1899.

Herr **Kirste** berichtet über einen Krankheitsfall, in welchem bei einer Patientin nach Herniotomie trotz scheinbar intacten Darmes sich eine **Darmfistel** gebildet hatte, welche operativ durch **Darmresection** beseitigt wurde. 9 Wochen nach der Operation bildete sich vermuthlich durch Nachgeben einer Naht — der Murphyknopf hatte wegen bedeutender Lumendifferenz beider Darmstücke nicht verwendet werden können — eine neue Fistel; die Patientin ging bald darauf an Erschöpfung zu Grunde. Operations- und Leichenpräparat werden vorgelegt und anschliessend die Anwendung des Murphyknopfes demonstrirt.

Herr **Mock** demonstrirt das neue Perimeter von Ascher und spricht sich lobend darüber aus.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. April 1899.

Herr **Seifert**: **Zur Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase.**

Vortragender gebraucht zur Diagnose der acuten und chronischen Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase das negative Politzer'sche Verfahren resp. die Aspiration mit dem Politzer'schen Ballon. Zuerst wird die Nase, wenn Verdacht auf Nebenhöhlenerkrankung besteht, gründlich gereinigt und dann cocainisirt. Nun nimmt der Kranke einen Schluck Wasser in den Mund und macht Schluckbewegungen auf Commando von dem Momente an, wo der comprimirte Ballon luftdicht in die entsprechende Nasenhälfte eingeführt ist und langsam zur Entfaltung gebracht wird. Die hiebei entstehende Luftverdünnung in der Nasenhöhle lässt das pathologische Secret aus der erkrankten Nebenhöhle austreten, und es kann nun, wenn sofort nach Beendigung der Aspiration untersucht wird, festgestellt werden, ob und aus welcher der Nebenhöhlen das Secret ausfliesst. Auf solche Weise kann, da das Secret sehr gründlich entleert wird, auch eine Heilung acuter Erkrankungen der Nebenhöhlen erreicht werden, wie das 7 Fälle acuter Stirnhöhleneiterung, 4 Fälle acuter Kieferhöhleneiterung (nasalen Ursprungs) beweisen.

R. O. Neumann.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 19. Mai 1899.

Ein Fall von Kopftetanus. — Tizzoni's Antitoxin-Impfungen. — Cystoskopie und endovesicale Bilder. — Die Radiotherapie bei Sykosis und Favus. — Ruptur der Gallenblase. — Beurtheilung des Revaccinationserfolges. — Eine neue Sanitätsstation zur Besorgung der Desinfection und des Krankentransportes in Wien.

Im Wiener medicinischen Club demonstrirte und besprach Dr. v. Czylarz eine 47 jährige Arbeiterin, die an einem Kopftetanus litt. Verunreinigte Wunde am linken Os parietale. Vor 8 Tagen Mundsperre, so dass die Kranke schliesslich nur flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Eintritt in die Klinik. Typische, durch tonischen Masseterenkrampf bedingte Mundsperre, ausserdem eine deutliche, alle Aeste des linken Facialis betreffende Parese, die anderen Hirnnerven frei. Diese gleichseitige Betheiligung des Nerv. facialis wurde in den meisten Fällen von Kopftetanus constatirt. Die Körper- und Extremitätenmusculatur zeigt keine Zeichen von grösserer Erregbarkeit. Auffallend ist dagegen das Freibleiben der Schlundmuskeln — Patientin kann ganz gut schlucken — da ja das häufige Auftreten von Krämpfen in diesem Gebiete dem Kopftetanus auch die Bezeichnung «Tetanus hydrophobicus» eintrug.

Die tonische Starre der Masseteren hat während der 10 tägigen klinischen Beobachtung nachgelassen, dessgleichen ist die Parese des Facialis im Rückgang begriffen, — ob auf die Injection des Tizzoni'schen Antitoxins, die in diesem Falle vorgenommen wurde, muss dahingestellt bleiben. Von den in den letzten Jahren an der I. medicin. Klinik befindlichen Fällen von schwerem, alle Muskeln ergreifenden Tetanus heilten mehrere ohne Anwendung des Antitoxins unter blosser Chloraldarreichung, während gerade in einem mit Antitoxin behandelten Falle der Exitus letalis eintrat.

Professor E. Lang besprach sodann die Cystoskopie und demonstrirte endovesicale Bilder. Zur Anfertigung der letzteren dient das Nitze'sche Photographir-Cystoskop, an welchem der Vortragende einige Verbesserungen angebracht hat, welche er — sowie den ganzen Apparat — genau beschreibt. Die hier gewonnenen Bilder demonstrirt nun der Vortragende. Vorerst die Blasenfalte, eine sichelförmige Schleimhautfalte, welche im Cystoskop nach abwärts gelegen erscheint, bei Cystitis stärker anschwillt und bei höheren Graden der Erkrankung förmliche Wülste und polypenförmig verlängerte Hervorragungen aufweist; letztere können bei Einklemmung in die Sphincteröffnung Schmerzen und Blutungen verursachen. Es folgen Bilder von Geschwülsten, Divertikeln und Tuberculose der Blase. Ueber die Schleimhautoberfläche hervorragende Geschwülste werfen einen Schlagschatten. Die Blasentuberculose beginnt fast symptomlos ohne subjective Beschwerden und ohne Veränderung des Harnes. Mittels des Cystoskops können Tuberkelknötchen aufgedeckt werden, deren Entwicklung zu einem Geschwüre Vortragender in einem Falle beobachten konnte.

Ferner demonstrirte und beschrieb Lang das von ihm modificirte sogen. Irrigationscystokop (von Güterbock und Fenwick), womit man die Blase von Blut und Gerinnseln befreit. Sein Instrument gestattet eine bequeme, gründliche Spülung, nach deren Ausführung sofort der optische Theil in die bereits in der Urethra liegende Röhre eingeschoben wird, so dass die Irrigation und das Cystoskopiren bei einmaligem Einführen eines Instrumentes in die Blase erledigt werden. Die Desinfection des Instrumentes geschieht in einem eigenen Glasbehälter mittels Formalinpastillen durch ca. 1½ Stunden, vor dem Gebrauche wird es in 3 proc. Carbollösung getaucht, welche die reizenden Formalindämpfe absorbirt.

Zum Schlusse zeigte Vortr. die Anwendung des Spülcystoskops an einem Kranken, der aus Blase und Darm blutet. Die Reinwaschung der Blase gelang leicht und die Geschwulst in der Blase konnte von den Anwesenden besichtigt werden.

In der letzten Freitag abgehaltenen Sitzung unserer Gesellschaft der Aerzte stellte Docent Dr. E. Schiff drei mit Sykosis resp. mit Favus behaftet gewesene Männer vor, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurden und derzeit geheilt erscheinen. In 7 bis 13 Sitzungstagen waren die Haare ausgefallen und die zahlreichen Entzündungsherde hatten sich zurückgebildet. Schiff führte weiter aus, dass die frühere Methode des Epilirens eine ungemein zeitraubende und langweilige gewesen, dass man jetzt, falls sich wirklich von den Haarwurzelscheiden aus ein Recidiv zeigen sollte — in einem der Fälle sind schon 2 Monate abgelaufen, ohne dass die Affection wiederkehrte — in der Zeit zwischen Effluvium und Haarnachwuchs die reichlichste Gelegenheit habe, jene nothwendige und wirksame antiparasitäre Behandlung vorzunehmen, welche man bisher nach dem Rasiren oder dem Epiliren einschlug. Ueberdies schreibe man den Röntgenstrahlen selbst eine antiparasitäre Wirkung zu.

Professor Hochenegg stellte eine Frau vor, die er mittels Laparotomie von den Folgen einer spontanen Ruptur der Gallenblase und massenhaften Austrittes von Galle in die Peritonealhöhle befreite. Der Fall imponirte sowohl dem behandelnden Arzte, als auch dem Vortragenden als ein Volvulus (dicker, harter Wulst um den Nabel herum, Erbrechen etc.) und zwar wurde die Affection auf das Kolon transversum bezogen. Bei der Operation wurden vorerst mehrere Liter stark galliger Flüssigkeit entleert, sodann in der Gallenblase ein 1 cm langer Riss constatirt, in welchem noch ein Gallenstein sass. Hochenegg spaltete noch die Gallenblase am Fundus und entleerte zahlreiche Steinchen, säuberte sodann die Peritonealhöhle und drainirte mittels Jodoformgaze. Ungestörter Wundverlauf, Heilung nach ca. 3 Wochen. Wie H. ausführt, hatte sich die Frau eine schwere Indigestion zugezogen, welche anhaltendes Erbrechen nach sich zog; bei einem solchen Brechacte war die mit Steinchen gefüllte Gallenblase geplatzt und die Galle hatte sich in das Cavum peritonei ergossen.

Viele Impfärzte sehen nur jene Revaccinationserfolge als positive an, bei welchen sich, ähnlich wie bei der Erstimpfung, eine Pustel zeigt. Nach der allgemein maassgebenden Auffassung werden jedoch die Revaccinationen als erfolgreiche bezeichnet, wenn sich auch nur eine sogen. «unechte» Pustel oder ein Bläschen oder ein Knötchen gebildet hat. Bei der Zurückstellung der statistischen Impfausweise wurde daher, wie das Organ des Obersten Sanitätsrathes mittheilt, eine politische Behörde mit dem Erlasse des k. k. Ministeriums des Innern vom 18. April 1899 aufmerksam gemacht, dass in den tabellarischen Jahresberichten über Revaccinationen die Entwicklung von Pusteln, Bläschen oder Knötchen unter die positiven Reactionen einzureihen und nur in jenen Fällen, in denen eine Impfreaction überhaupt ausblieb oder insofern zweifelhaft erscheint, als sie weder zu einer Pustel, noch zu einem Bläschen oder Knötchen geführt hat, ein negativer Erfolg einzutragen ist.

Wien besitzt jetzt eine neue Sanitätsstation, in welcher das Desinfectionsgeschäft zum ersten Male und für eine Anzahl von Bezirken der Krankentransport in einer dritten Station centralisirt wurde. Da bei uns die Kosten der Desinfection, des Kranken- und Leichentransportes von der Gemeinde getragen werden, so ist es begreiflich, dass ihr damit auch grosse einmalige und dauernde Auslagen auferlegt wurden.

Als Grundprincip ist bei der Anlage die Sonderung der inficirten und der reinen Objecte und Personen festgehalten, so dass das Desinfectionsgeschäft in einem besonderen Gebäude im Centrum der ganzen Anstalt sich abspielt, welches von zwei abgesonderten, gesperrt gehaltenen Thoren aus zugänglich, von den übrigen Objecten durch zwei Höfe getrennt ist und die infectionsreinen und unreinen Räume an gegenüberliegenden Seiten einer Achse gruppirt enthält.

Die Desinfection geschieht mit strömenden Wasserdampfe, es stehen 2 kleinere und 1 grosser Apparat zur Verfügung. Die zu desinficirenden Effecten werden aus der Wohnung mittels dicht verschliessbarer, mit Zinkblechauskleidung versehener, bespannter Wagen abgeholt. Der Rücktransport der desinficirten Objecte ist in der Regel durch die Parteien selbst zu veranlassen. Die in plombirten Behältern (Säcken, Tüchern) der Anstalt überlieferten Objecte gelangen sammt der Hülle in den Dampfapparat, wodurch jede Gefährdung für die Umgebung vermieden ist.

Für den Krankentransport sind der Sanitätsstation 12 Sanitätsdiener zugewiesen, welche im Hause bequartirt sind. Krankenwagen besitzt die Station derzeit 9, davon 5 für den Transport von Infectionskranken. Für den Leichentransport sind 3 Leichenwagen vorhanden.

Die ursprünglich genehmigte Kostensumme von 55,000 fl. hat sich durch die Kosten für die Dampfdesinfectionsapparate (3480 fl.), durch die ersten Anschaffungen für die innere Einrichtung (Wagenbeschaffung etc.) auf ca. 75,000 fl. erhöht. Für den gesammten Krankentransport sorgen in Wien 31 mit Zinkblechauskleidung versehene, leicht zu desinficirende Infectionskrankenwagen und 9 sogen. Ambulanzwagen (für nicht infectiös Erkrankte) in Verwendung. Durch die Errichtung einer vierten Sanitätsstation und durch die in Aussicht genommene Vermehrung der Ambulanzwagen ist eine weitere Vervollkommnung des Krankentransportes und des Desinfectionsgeschäftes zu erwarten.

Zur Durchführung der Desinfection der Wohnungen sind in Wien 35, den städtischen Bezirksärzten unterstehende Sanitätsaufseher bestellt, welchen für die Besorgung der groben Desinfectionsarbeiten 40 Diener in der Weise zugewiesen sind, dass in der Regel auf einen Sanitätsaufseher ein, ausnahmsweise zwei Desinfectionsdiener entfallen. Diese Organe besorgen die Wohnungsdesinfection mit Carbolsäure- oder Lysollösungen, ausnahmsweise mittels Formalin oder Paraformaldehyd mit der Schering'schen Lampe oder mit Hilfe der Peronosporaspritze, ferner den Transport zu dem Verbrennungsofen, endlich die Durchführung der Dampfdesinfectionen und Verbrennungen.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Royal Academy of Medicine in Ireland.

Sitzung vom 3. Februar 1899.

W. H. Thomson hat eine Reihe von Experimenten mit Bezug auf den Einfluss von Chlornatrium auf den Urin ausgeführt. Er injicirte Hunden in die Vena saphena ext. Portionen zu

30—50 ccm einer 0,65 proc. resp. 0,9 proc. Lösung und fing den abgesonderten Urin direct aus den Ureteren mittels Canülen auf. Dabei constatirte er: 1. eine Steigerung der Urinausscheidung im Durchschnitt bis zu 300 Proc., deren Höhe etwa 2 Stunden nach der Einspritzung erreicht wurde. 2. Eine Zunahme der Gesammtmenge des ausgeschiedenen Stickstoffs und Harnstoffs, trotz allgemeiner Verdünnung des Urins. Die Quantität der ausgeschiedenen Chloride war bei mehreren der (10) Versuchsthiere hingegen vermindert.

Royal Medical and Chirurgical Society.

Sitzung vom 28. Februar 1899.

W. D. Walsham besprach **die Behandlung von Aneurysmen** durch Exstirpation. Anschliessend an einen Bericht über einen Patienten, bei welchem ein grosses, nicht pulsirendes Aneurysma der Carotis communis, sowie der Carotis interna und externa der rechten Seite durch Ligatur der betheiligten Gefässe, Freilegen des Sackes und Entfernung desselben in toto erfolgreich beseitigt wurde, empfiehlt er dieses Verfahren für alle solche Fälle, welche nicht durch einfache Unterbindung geheilt werden können.

Clinical Society of London.

Sitzung vom 24. März 1899.

J. Langton gab eine Uebersicht über die Resultate, welche mit der **Behandlung von Aortenaneurysmen** mittels eingelegten Silberdrahts erzielt worden sind. Bei einer Frau, welche 3 Monate lang im Anschluss an Partus einen ca. 3½ Zoll langen, pulsirenden Tumor der Aorta abdominalis dargeboten hatte, gelang es bei der Laparotomie nach Punction mit Trokar ca. 5 Fuss Draht ohne Mühe einzuführen. Die Oeffnung in der Gefässwand wurde mit einer Seidennaht geschlossen, und Patientin hat sich seitdem, eine Zeit von 11 Monaten, ganz auffallend erholt. Die Schwellung ist bedeutend zurückgegangen, und das vorher bestehende Geräusch und Schwirren sind verschwunden. Die anderen Fälle, von denen L. sechs anführt, sind meist ungünstig verlaufen.

Pathological Society of London.

Sitzung vom 21. März 1899.

W. P. Herringham hat eine Reihe von Experimenten zum **Nachweis der Toxicität des Urins** ausgeführt. Folgende, zum Theile nur die Resultate anderer Forscher bestätigende Schlussfolgerungen mögen als die wichtigsten hervorgehoben werden: Die Giftigkeit des Urins beruht auf seinem Gehalt an Kalisalzen. Das Wesen der Uraemie ist aber damit noch keineswegs erklärt, denn es ist bisher noch Niemand gelungen, diesen Zustand künstlich hervorzurufen. Der Urin des Schlafes, welcher bekanntlich weniger giftig ist als derjenige des Wachens, enthält auch weniger Kaliverbindungen. Die Versuchsthiere (Kaninchen) zeigen einen grossen Unterschied in ihrer Resistenzfähigkeit, worauf wohl Bedacht zu nehmen ist; die Unterschiede schwanken von 6—52 Proc. Eine gewisse Aehnlichkeit mit Uraemie in mancher Hinsicht bieten allerdings die Symptome, welche bei der vom Verfasser (u. A., Beck-Bouchard) geübten Methode der intravenösen Injection des Urins hervortreten: Somnolenz, Myosis, Herabsetzung des Blutdrucks, Verlangsamung und Erschwerung der Respiration und der Temperatur, Convulsionen und Tod. Dabei konnte durch genaue chemische Analyse des verwendeten Urins nachgewiesen werden, dass derselbe stets genügend, oft sogar überreichlich viel Kalisalze enthielt, um solche Vergiftungserscheinungen zu bewirken.

Ulster Medical Society.

Sitzung vom 2. März 1899.

J. Symington und **R. J. Johnstone** zeigten zwei Cadaver, welche sie behufs anatomischer **Demonstration der Brust- und Baucheingeweide** mit Formol gehärtet und alsdann zerlegt hatten. Das Injiciren geschah unter geringem Druck mit einer 5proc. Lösung an dem intacten Körper, und erforderte bis zur völligen Härtung der Gewebe etwa einen Monat. Alsdann wurden Kopf und Extremitäten abgetrennt und der Rumpf in einem Holztrog mit versilberten Stiften und Gyps festgelegt. Nunmehr wurde die Haut von der vorderen Körperwand als Lappen abgelöst und zurückgeschlagen; Thorax- und Bauchwand wurden in je drei grossen Stücken herausgenommen, worauf die Eingeweide leicht zugängig gemacht wurden, so dass sie durch einige grosse Schnitte zerlegt, herausgenommen und wieder zusammen gelegt werden können. Die Präparate haben sich bereits ein Vierteljahr, ohne irgend wesentliche Veränderung zu erleiden, gehalten.

Harveian Society of London.

Sitzung vom 2. März 1899.

Das Verschwinden von Tumoren wurde von **D'Arcy Power** eingehend besprochen. Es gibt, abgesehen von den Scheintumoren wirkliche, theils entzündliche theils unschuldige aber auch maligne Neubildungen, welche nach einem anscheinend durchaus unzureichenden Eingriff fast spontan wieder verschwinden. Folgende Fälle hat P. selbst beobachtet. 1. Knabe mit grossem Lymphangioma cysticum am Halse; dasselbe verschwand total im Laufe von einigen Monaten, nachdem ein Theil operativ entfernt worden war. 2. Ein Mädchen mit bedeutender Leberschwellung genas vollständig nach Probelaparotomie und Probepunction der Leber. 3. Ein grosser, von der Symphyse ausgehender inoperabler Tumor bei einem 21jährigen Mann war nach drei Monaten nach der Probelaparotomie gänzlich verschwunden. 4. Einige Monate nach einer Kopfverletzung fingen bei einem 24jährigen Manne kleine bis Sperlingsei grosse Geschwülste sich zu entwickeln an. Die meisten, 6—8, verschwanden wieder spontan; eine etwa 10 Zoll gross gewordene indess wurde extirpirt und erwies sich als ein Fibrosarkom. Ferner ist daran zu erinnern, dass man in allerdings ganz vereinzelten Fällen auch ulcerirte Carcinome vollständig und dauernd hat heilen sehen, dass atrophirender Scirrhus bei alten Leuten nicht so absolut selten ist, dass manche Mammakrebse nach Ovariotomie sich zurückbilden, Adenome der Brüste sich während der Schwangerschaft verkleinern, und dass die Prostata nach der Castration und Durchschneidung des Vas deferens schrumpft. Zur Erklärung dieser Erscheinungen bezieht man sich auf etwaige physiologische Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Organen, auf Beseitigung von Spannung und Veränderung des Blutdrucks. Letzteres Moment gab den alten Chirurgen die Indicaton zum Aderlass, oft auch mit gutem Erfolg. Immerhin kann ein solcher Vorgang stets nur als glücklicher Zufall bezeichnet werden.

Philippi.

IV. internationaler dermatologischer Congress.

Paris 1900.

Nach einem mit dem Comité des XIII. internationalen medicinischen Congresses, welcher zur selben Zeit unter dem Vorsitz des Herrn Prof. Lannelongue in Paris tagen wird, getroffenem Uebereinkommen wird die Section Dermatologie und Syphilographie desselben mit dem IV. internationalen Dermatologencongress vereinigt.

Dem zu Folge werden die Mitglieder des IV. internationalen Dermatologencongresses ohne weitere Anmeldung auch als Theilnehmer des XIII. internationalen medicinischen Congresses betrachtet.

Für die Tagesordnung wurden vom Organisationscomité folgende Themen gewählt:

A. Dermatologie: 1. Der parasitäre Ursprung von Ekzemen. 2. Die Tuberculide. 3. Aetiologie und klinische Formen der Alopecia areata. 4. Die Leukoplasien.

B. Syphilis. 1. Die Combination von Syphilis mit anderen Infectionskrankheiten und deren gegenseitiger Einfluss. 2. Die Nachkommen hereditär Syphilitischer. 3. Die Ursachen der Generalisation der blennorrhagischen Infection.

Den Congress betreffende Anmeldungen und Zuschriften sind zu richten an den Generalsecretär Dr. Georges Thibierge, 7, rue de Surène, Paris, oder an den Secretär für Deutschland: Professor Dr. Gustav Riehl-Leipzig, Salomonstrasse 1.

Verschiedenes.

Die Farbe des Wassers von Prof. Walter Spring. Prometheus 1899, S. 490. Auf dem fünften Congress für Hydrologie, Klimatologie und medicinische Geographie, der im October v. Js. in Lüttich stattfand, berichtete Verfasser über seine langjährigen Versuche, die Färbungen der Gewässer zu erklären. Er ist zu der Anschauung gekommen, dass ein reines Blau die natürliche Farbe des Wassers ist, denn wenn man durch eine lange, mit destillirtem Wasser gefüllte Röhre nach einer weissleuchtenden Fläche blickt, erscheint ein reines Blau, wie es der Genfer See bei ruhigem Wetter zeigt, eine Farbe, die nicht durch Oberflächen- oder innere Reflexion beeinflusst ist. Wenn reines Wasser eine sehr leichte Trübung erhält durch äusserst fein vertheilte weisse oder farblose Partikelchen, die darin schweben, so reflectiren diese, selbst wenn es sich um gemahlenen Bergkrystall handelt, ein gelbes Licht, welches sich mit dem natürlichen Blau zu der leuchtend grünen Färbung mischt, die man am Neuenburger- und Bodensee sieht. Die merkwürdige, von mehreren Beobachtern festgestellte Thatsache, dass das Wasser für gewöhnlich grüner Seen zeitweise völlig farblos wird, rührt nicht von einer Klärung her, sondern im Gegentheil von der Hineinschwemmung eines röthlichen, durch Eisenoxyd gefärbten Schlammes, welcher das Grün völlig neutralisirt. R.

Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher: Der heutigen Nummer liegt das 94. Blatt der Galerie bei: Karl Wilhelm v. Zehender. Vergl. den Artikel auf S. 704.

Therapeutische Notizen.

Eine Mischung von Eucain und Cocain, welche die Nachtheile beider Mittel ausgleicht, ohne deren Vortheile zu zerstören, empfiehlt Legrand (Progrès medical No. 16, 1899):

Gelatine	2,0
Natr. chlorat.	0,7
Acid. carbol. crud.	0,1
Eucain. muriat.	0,7
Cocain. muriat.	0,3
Aqu. dest. ad	100,0.

Diese Lösung wirkt genügend anaesthesirend für jede Art Operation und man kann nach vorheriger Sterilisirung kleine Quantitäten derselben in versiegelten Tuben beliebig lange aufbewahren. Die Anwesenheit der Gelatine hat verschiedene Vortheile: Bei der geringsten Beimischung von Unreinheiten (Infectionskeimen) wird die Lösung trübe, ferner bewirkt sie eine ganz localisirte Anaesthesie (sie reducirt die Resorption auf ein Minimum) und schliesslich fügen sich ihre haemostatischen Eigenschaften noch in rascher und anhaltender Weise hinzu. Bei gewöhnlicher Temperatur ist die Mischung gelatinös und wird bei 20—22° flüssig, wie es zum Gebrauch nöthig ist. Einer der Hauptnachtheile des Eucains, sehr stark gefässerweiternd zu wirken, während es entschieden weniger toxisch ist wie Cocain, wird durch diese Art Medication ebenfalls beseitigt. St.

Naftalan hat nach Bloch-Zborowitz eine specifische Heilwirkung bei der Behandlung von Verbrennungen aller Grade; es wirkt sicher antiseptisch, schmerzlindernd und kürzt die Heilungsdauer beträchtlich ab. Weniger gut hat es sich bei der Behandlung des Ekzems bewährt; bei Psoriasis kann es das Chrysarobin unterstützen und theilweise ersetzen, da es frei von Nebenwirkungen und reizlos ist. Bei ausgebreiteter Scabies hat es in 2 Fällen rasch sowohl den Juckreiz beseitigt als auch die Milben definitiv vernichtet. (Die Heilkunde, 1899.)

Jodarsen bei Skrophulose. In einer neuen Arbeit empfiehlt St. Philippe (Revue de Therap., Dec. 1898) die Anwendung des Jodarsens bei lymphatischen und skrophulösen Kindern (cfr. diese Wochenschr. 1895, 24. Mai). Während die sonst üblichen Jodpräparate entweder unzuverlässig sind, wie das Jodeisen, oder wie die Jodtinctur und Jodkali mehr eine Reizwirkung äussern, ist das Jodarsen das Medicament, in welchem der Einfluss des Jods am besten und ohne Nebenerscheinungen zur Geltung kommt. Je nach dem Alter werden 1—10 Tropfen einer 1proc. Lösung des auf kaltem Wege dargestellten arsenigsauren Jods in Wasser oder Milch vor oder während der Mahlzeiten 1—2mal des Tages gegeben und ist nur eine ganz langsame Steigerung der Dosis angezeigt. Bei zu starken Dosen tritt Diarrhoe, Anorexie, Aufregungszustände und Schlaflosigkeit ein. Nach Erreichung der Maximaldosis wird wieder allmählich zurückgegangen und der Turnus alsdann je nach Bedarf wiederholt. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. Mai. Die Commission des preuss. Abgeordnetenhauses zur Vorberathung des Gesetzentwurfs betr. die Dienststellung des Kreisarztes hat eine dritte Lesung des Entwurfs vorgenommen. Bei derselben wurde die in der ersten Lesung gestrichene Befugniss des Kreisarztes, die Gesundheitscommissionen einberufen zu lassen und an ihren Sitzungen mit Stimmrecht theilzunehmen, in den Entwurf wieder aufgenommen. Ferner wurde bestimmt, das in den grösseren Städten von den Stadtbehörden Untercommissionen der Gesundheitscommissionen gebildet werden dürfen. Dr. Endemann und Dr. Rugenberg bemühten sich mit Erfolg in der Comission dafür, dass die zu verabschiedenden Medicinalbeamten materiell nicht allzu schlecht gestellt werden sollen. Nach der Vorlage soll die Pension lediglich nach dem festen Gehalte, das sie jetzt beziehen, berechnet werden. Die Einnahmen der Physiker bestehen aber zu einem ganz wesentlichen Theile — abgesehen von dem Ertrage der privaten Praxis — aus den Gebühren für Zeugnisse, Besichtigungen u. A. m. Nach dem nunmehrigen Commissionsbeschluss soll den verabschiedeten Medicinalbeamten eine ihren gesammten amtlichen Bezügen entsprechende Entschädigung gewährt werden. Endlich wurde auf Antrag des Grafen Douglas die Errichtung von Provinciallaboratorien für Hygiene befürwortet.

— Die Eröffnung der medicinischen Facultät an der Neurussischen Universität in Odessa soll definitiv im Herbst dieses Jahres stattfinden. In den ersten Cursus werden, wie verlautet, 200 Studirende aufgenommen werden.

— Die russische Regierung hat 3 Millionen Rubel zur Verbesserung der kaukasischen Curorte angewiesen.

— Den Entdeckern des Chinins, dem Pharmaceuten Pelletier und dem Toxicologen Conventon, welche im Jahre 1820 die fieberwidrige Wirkung der Chinarinde entdeckten, soll in Paris ein Denkmal gesetzt werden. Das Comité plant die Enthüllung dieses Denkmals gelegentlich des internationalen pharmaceutischen Congresses im Jahre 1900.

— In der 18. Jahreswoche, vom 30. April bis 6. Mai 1899 hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Bamberg mit 38,0, die geringste Bielefeld mit 9,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— In der nächsten Ausgabe des Reichsmedicinalkalenders sollen die Personalien der Specialärzte nach Möglichkeit vervollständigt werden. Die Redaction des Kalenders ersucht daher die Herren Specialärzte Deutschlands, genaue Angaben über ihre Specialität, ev. Besitz einer Privatheilanstalt etc., und zwar baldigst, an sie (Berlin, Am Karlsbad 5) einsenden zu wollen.

(Hochschulnachrichten.) **Helsingfors.** Der Professor der Physiologie, Histologie und Embryologie und Decan der medicinischen Facultät an der hiesigen Universität, Dr. Hällsten, hat seinen Abschied genommen. — **Kiew.** Zum Professor der Pharmakologie an der hiesigen Universität ist, nachdem Prof. Tscherwinski aus Dorpat seine Candidatur zurückgezogen, der Privatdocent und Prosector beim Lehrstuhl der Physiologie in Kiew, Dr. Julius Landenbach, gewählt worden. Er ist der Nachfolger des Prof. Emil Heubel, welcher vor Kurzem nach Ausdienung der Dienstfrist pensionirt wurde. — **Warschau.** Die hiesige Universität ist auf Initiative der medicinischen Facultät höheren Ortes mit dem Gesuch eingekommen, an der genannten Universität einen neuen Lehrstuhl für Kinderkrankheiten zu errichten und bei den Lehrstühlen der Hygiene, der allgemeinen Pathologie und der Pharmakologie drei Professoren, welche Vorlesungen über Epizootien, Balneologie und Bacteriologie zu halten hätten, anzustellen. Die Ausgaben für diese Neuerungen sind auf 6500 Rbl. jährlich veranschlagt.

(Todesfälle.) Am 9. Mai Mittags 1 Uhr starb in Rostock Medicinalrath Dr. Franz Reder, seit 1883 Redacteur des Correspondenzblattes und Ausschussmitglied des Allgemeinen Mecklenburgischen Aerztevereins, sowie seit 1887 Vertreter des Vereins auf dem Deutschen Aerztetag.

Dr. A. Zinnis, Professor der Paediatrie zu Athen.

Dr. Thomas, Professor der medicinischen Klinik an der medicinischen Schule zu Tours.

Dr. Ulry, Chef der ophthalmologischen Klinik der medic. Facultät zu Bordeaux.

(Berichtigung). In der vorigen Nummer wurde durch ein Druckversehen die Abbildung auf S. 654 (Röntgenbild eines Aneurysma aortae) verkehrt gestellt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. August Nusch, appr. 1899, in Dorndorf (B.-A. Bayreuth, Asyl St. Gilgenberg). Dr. Otto Greither, appr. 1892, in München.

Auszeichnung: Dem k. Hofrathe Dr. med. A. Schmid in München wurde bezüglich des ihm von S. H. dem Herzoge von Anhalt verliehenen Ritterkreuzes I. Classe des herzoglich anhaltischen Hausordens des Bären die Bewilligung zur Annahme und zum Tragen ertheilt.

Befördert: im aktiven Heere: zu Assistenzärtzten die Unterärzte Dr. Wilhelm Schuch vom 10. Inf.-Reg. im 16. Inf.-Reg. und Richard Botz, bisher von der Reserve (Landshut), im 4. Feld-Art.-Reg.; im Beurlaubtenstande: zu Stabsärzten die Oberärzte Dr. Heinrich Wendland (Würzburg) in der Reserve und Dr. Maximilian Simon (Nürnberg) in der Landwehr des II. Aufgebots; zu Assistenzärzten in der Reserve die Unterärzte Dr. Benno Jakob (Nürnberg), Dr. Heinrich Münnekehoff (I. München); Dr. Friedrich Benz (Gunzenhausen) und Dr. Gustav Eppenheim (Würzburg); in der Landwehr des I. Aufgebots den Unterarzt Berthold Köhler (I. München,)

Abschied bewilligt: Dem Stabsarzt Dr. Felix Vogt (Landshut) mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen und dem Oberarzt Dr. Adolf v. Roeder (I. München), beide von der Landwehr 1. Aufgebots.

Gestorben: Dr. Adolf Heymann, 37 Jahre alt, München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 19. **Jahreswoche** vom 7. bis 13. Mai 1899.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 11 (14*), Diphtherie, Croup 17 (22), Erysipelas 24 (19), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (5), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 4 (3), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 4 (—), Parotitis epidem., 17 (27), Pneumonia crouposa 30 (33), Pyaemie, Septikaemie — (—) Rheumatismus art. ac. 28 (32), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 6 (13), Tussis convulsiva 16 (11), Typhus abdominalis 3 (1), Varicellen 4 (11), Variola, Variololis — (—). Summa 166 (192).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 19. Jahreswoche vom 7. bis 13. Mai 1899.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 2 (2), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 1 (—), Brechdurchfall 4 (2), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (1), Croupöse Lungenentzündung 7 (7), Tuberculose a) der Lungen 31 (37), b) der übrigen Organe 6 (4), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 6 (8), Unglücksfälle —(3), Selbstmord 1 (—), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 225 (217), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 26,1 (25,4), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 17,1 (17,8).

*) **Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.**

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.